

บทที่ 1

บทนำ

1.1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

สืบเนื่องจากนโยบายเร่งด่วนในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐในส่วนของการบริการด้านสุขภาพจึงได้สนองนโยบายดังกล่าว โดยได้จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นเพื่อให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่และเพื่อให้เป็นสถานพยาบาลด่านแรกที่มีความสำคัญในการดูแลประชาชนแบบองค์รวม โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางการให้บริการ ซึ่งระบบข้อมูลจะเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งด้วย ในการนี้จึงได้มีการจัดดำเนินงานโครงการวิจัยและพัฒนาเครือข่าย “ระบบข้อมูลการบริหารต้นทุนกิจกรรม เพื่อสนับสนุนการบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดพิษณุโลก” ขึ้น โดยโครงการนี้ได้มีการนำข้อมูลทางการให้บริการในทุกมิติทั้งทางการเงิน การบริหารจัดการ การบริการ ซึ่งเป็นข้อมูลของประชาชนโดยตรง เข้ามาช่วยในการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย เพื่อให้การนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เพิ่มประสิทธิภาพในเชิงบริหารอย่างแท้จริง เป็นแนวทางในการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแข่งขัน และมีการปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว การบริหารต้นทุน การคำนวณต้นทุนของหน่วยบริการปฐมภูมิและการประกอบกิจกรรมต่างๆ ต้องอาศัยข้อมูลต้นทุนกิจกรรมเพื่อช่วยให้หน่วยงานติดตามประเมินผลวัดประสิทธิภาพการดำเนินงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงานและตัดทอนต้นทุนที่ไม่จำเป็น ดังนั้นการศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยบริการปฐมภูมิโดยวิธี คัดต้นทุนกิจกรรม (Activity-Based Costing หรือ ABC) และการบริหารต้นทุนกิจกรรม ผลการปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างของต้นทุนในการให้บริการปฐมภูมิ จะเป็นแนวทางหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพบริหารทางการเงินให้เข้มแข็ง ตลอดจนเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงนโยบายในการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เพื่อให้การพัฒนารูปแบบระบบข้อมูลการบริหารต้นทุนกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการบริการตามโครงการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ เข้าสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทางคณะผู้วิจัยจึงได้ทำการดำเนินการศึกษาวิจัยระบบในโครงการดังกล่าว ทั้งนี้มีความเชื่อมั่นว่าผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คงจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิและผู้สนใจในการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนกิจกรรมสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไปได้ รวมถึงสามารถขยายผลทั้งในเชิงบริหาร บริการและวิชาการต่อไป

1.2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การดำเนินการศึกษาต้นทุนกิจกรรมสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อสนับสนุนการบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินการ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดต้นทุนกิจกรรมหน่วยบริการปฐมภูมิใน 3 แห่งคือ
 - 1.1. ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลนครพิษณุโลก มหาวิทยาลัยนเรศวร (สนามบิน) โดยความร่วมมือระหว่างเทศบาลนครเมืองพิษณุโลก มหาวิทยาลัยนเรศวรและโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
 - 1.2. ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.วังฆ้อง อ.พรหมพิราม จ. พิษณุโลก สังกัดโรงพยาบาลพรหมพิราม
 - 1.3. ศูนย์สุขภาพชุมชน ต. บางกระทุ่ม อ.บางกระทุ่ม จ. พิษณุโลก ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลบางกระทุ่ม
2. เพื่อศึกษาโครงสร้างต้นทุนกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิใน 3 พื้นที่ดังกล่าวข้างต้น
3. เพื่อพัฒนารูปแบบระบบข้อมูลต้นทุนกิจกรรมสำหรับการให้บริการปฐมภูมิสู่การปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุนกิจกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิใน 3 แห่ง ดังกล่าวข้างต้น

1.3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการศึกษาที่ได้รับมาปรับปรุงโครงสร้างต้นทุนในหน่วยบริการปฐมภูมิและพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการลดหรือตัดทอนกิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่า ทั้งยังสามารถเชื่อมโยงกลยุทธในการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร ตลอดจนการส่งมอบบริการให้แก่ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ของโครงการวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ และประหยัดค่าใช้จ่าย ซึ่งส่งผลให้นโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกโรค ดำเนินไปอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนซึ่งส่งผลต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ
2. กระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการควบคุมคุณภาพโดยรวม

1.4. ขอบข่ายและวิธีการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นที่จะศึกษากลุ่มเป้าหมายที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ 3 แห่ง ในจังหวัดพิษณุโลก คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลนครพิษณุโลก มหาวิทยาลัยนเรศวร (สนามบิน) ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.วังฆ้อง อ. พรหมพิราม จ. พิษณุโลก สังกัดโรงพยาบาลพรหมพิราม และศูนย์สุขภาพชุมชน

ด. บางกระท่อม อ. บางกระท่อม จ. พิชญโลก ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลบางกระท่อม โดยจะทำการศึกษาโครงสร้างของต้นทุนของแต่ละกิจกรรมในแต่ละแห่ง รวมไปถึงรายละเอียดต่างๆ ที่เป็นที่มาของต้นทุน ทั้งนี้ในการศึกษาจะครอบคลุม 21 กลุ่มโรคมাত্রฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้

1.5. ข้อจำกัด

1. กลุ่มโรคที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการวิจัยอาจจะไม่ใช่กลุ่มโรคที่เกิดบ่อยในศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลและประชากรในแต่ละพื้นที่
2. ต้นทุนของการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่หรือศูนย์สุขภาพชุมชนจะแปรผันตามลักษณะการดำเนินงานและโครงสร้างของแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนในแต่ละพื้นที่นั้น ๆ
3. งานวิจัยครั้งนี้จะจำกัดขอบเขตของขบวนการทำงานหรือกิจกรรมหลักของศูนย์สุขภาพชุมชนเพียงแค่ 7 กิจกรรมหลักภายในเท่านั้น
4. ข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชนยังมีการเก็บไม่เป็นระบบและมีรายละเอียดไม่พอ จึงอาจมีผลในการประเมินการปันส่วนของต้นทุน

1.6. คำนิยาม

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น
หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)	การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป
กระบวนการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ	การบริการที่เป็นแบบองค์รวม ผสมผสาน บูรณาการอย่างต่อเนื่อง โดยผสมผสานเชื่อมโยงบริการในชุมชน การสนับสนุนกิจกรรมของชุมชนโดยชุมชนเข้าด้วยกัน ในศูนย์สุขภาพชุมชน การบริการต่อเนื่อง แล้วนำมาจัดเป็นกระบวนการหลัก โดยแบ่งเป็นกิจกรรมภายในศูนย์เอง 8 กิจกรรม การบริหารการจัดการนิเทศงานและประเมินผล 2 กิจกรรม และเป็นกิจกรรมของชุมชนโดยชุมชน 1 กิจกรรม รวมเป็นทั้งหมด 11 กิจกรรม

ต้นทุน	มูลค่าของทรัพยากรที่ใช้ไป เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิต หรือบริการบางอย่าง รวมทั้งบริการทางสาธารณสุขด้วย
ระบบบัญชีต้นทุนแบบเดิม	การคิดต้นทุนจากกลุ่มของค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นและนำค่าใช้จ่ายการผลิตซึ่งสะสมอยู่ในแต่ละกลุ่มต้นทุนป้อนส่วนเข้าสู่ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สิ่งที่มีความสัมพันธ์ ปริมาณการผลิต และอยู่บนสมมุติฐานที่ว่า ผลิตภัณฑ์และปริมาณการผลิตเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดต้นทุน
ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Groups)	การจัดกลุ่มของอาการของผู้ป่วยที่มีการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกัน โดยมีพื้นฐานการคิดมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจากกลุ่มแพทย์ โดยรวมข้อมูลจากจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ต้นทุนการรักษาพยาบาลต่อคนไข้ และการประมาณค่าใช้จ่ายอื่นๆ จากกลุ่มของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในการที่จะหาค่าเฉลี่ยของต้นทุนที่ใช้ไป
ระบบต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Costing)	เป็นการจำลองการใช้ทรัพยากรขององค์กรไปในกิจกรรมต่างๆ โดยที่ต้นทุนกิจกรรมต่าง ๆ จะมีการป้อนส่วนเข้าสู่ Cost Object ไม่ว่าจะเป็นต้นทุนผลิตภัณฑ์ บริการลูกค้า ตามปริมาณการใช้กิจกรรมของ Cost Object นั้น ๆ เป็นส่วนสำคัญ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่ากิจกรรมเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดต้นทุน
ต้นทุนทางตรง (Direct Cost)	ต้นทุนดำเนินงานที่ผันแปรโดยตรงกับโรคที่คนไข้เข้ามารับบริการ
ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost)	ต้นทุนที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนในปริมาณการใช้ทรัพยากรไปในแต่ละโรคได้โดยตรง เช่น เงินเดือนพนักงาน ค่าวัสดุสำนักงาน ค่าเช่าสถานที่ เป็นต้น
ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	เป็นหนึ่งในค่าใช้จ่ายในกลุ่มของต้นทุนทางอ้อม โดยในที่นี้หมายถึงค่าใช้จ่ายของต้นทุนทางอ้อมและกิจกรรมใดๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิและเป็นส่วนเกินหลังจากป้อนส่วนเข้าสู่ในแต่ละกิจกรรมหลักๆ แล้ว โดยค่าใช้จ่ายต่างๆ เหล่านี้จะถูกจัดให้มาอยู่ในหมวดของค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษา ระบบข้อมูลการบริหารต้นทุนกิจกรรมสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อสนับสนุนการบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดพิษณุโลก ในศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลนครพิษณุโลก มหาวิทยาลัยนเรศวร (สนามบิน) ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.วังน้อ อ. พรหมพิราม จ.พิษณุโลก สังกัดโรงพยาบาลพรหมพิราม และศูนย์สุขภาพชุมชน ต.บางกระทุ่ม อ. บางกระทุ่ม จ. พิษณุโลก ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลบางกระทุ่ม โดยได้มีการศึกษาจากเอกสาร วรรณกรรม งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ศึกษาได้กำหนดเนื้อหาให้ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 2.1.1. แนวความคิดและทฤษฎี
 - 2.1.2. การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศต่างๆ
 - 2.1.3. การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย
 - 2.1.4. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 2.2. หน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 2.2.1. แนวความคิดและทฤษฎี
 - 2.2.2. รูปแบบหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย
 - 2.2.3. ความหมายอื่น ๆ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 2.2.4. หน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 2.2.5. กระบวนการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ศูนย์สุขภาพชุมชน)
- 2.3. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับต้นทุน
 - 2.3.1. แนวความคิดและทฤษฎี
 - 2.3.2. ระบบบัญชีต้นทุนแบบเดิม
 - 2.3.3. ระบบต้นทุนกิจกรรม (Activity-Based Costing)
 - 2.3.4. ระบบต้นทุนอื่น ๆ
- 2.4. ระบบการคิดต้นทุนในโรงพยาบาล
 - 2.4.1. ระบบบัญชีต้นทุนแบบเดิม
 - 2.4.2. ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Groups)
 - 2.4.3. ระบบต้นทุนกิจกรรม (Activity-Based Costing)

2.5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6. กรอบแนวความคิดในการศึกษา

2.1 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1.1 แนวความคิดและทฤษฎี

ในปี พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 โดยมีจุดมุ่งหมายหลัก เพื่อพัฒนาระดับและความเสมอภาคของสถานะสุขภาพ ระดับและความเสมอภาคของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน และความเป็นธรรมทางการเงิน การคลัง ด้านสุขภาพโดยระบุให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องดำเนินการให้บรรลุจุดมุ่งหมาย ทูกองศ์ประกอบ (นพ. สำเริง แหะงกระโทก และ พญ.รุจิรา มังคะศิริ, 2545)

กลยุทธ์หลักที่สำคัญในการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้แสดงอยู่ในแผนภูมิที่ 1 ได้แก่

1) การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) มีหลักการที่สำคัญ คือ

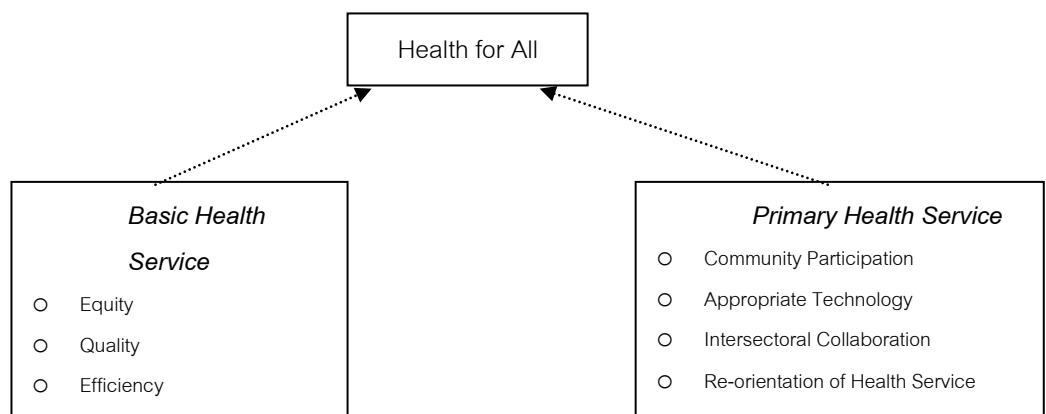
- ก. การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation or Community Participation or Community Involvement) หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนหรือชุมชนที่มีความลึกซึ้งลงไปกว่าการร่วมมือธรรมดา เพราะแท้จริงเป็นความหมายของความเป็นเจ้าของเรื่องในการแก้ปัญหาของชุมชน ซึ่งต้องประกอบด้วย การเตรียมชุมชน การฝึกอบรม การจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้ามาช่วยเหลือทั้งทางด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์
- ข. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เป็นการใช้เทคโนโลยีทางสาธารณสุขที่ง่าย ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก ควรเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นและประชาชนในท้องถิ่นสามารถปฏิบัติเองได้
- ค. การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับสาธารณสุขมูลฐาน (Re-oriented Basic Health Service หรือ Health Infrastructure) เป็นการปรับระบบบริการของรัฐ (Basic Health Service) และ ระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้ว ให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อต้องการให้เกิดการกระจายครอบคลุมของบริการของรัฐ
- ง. การผสมผสานกับหน่วยงานของกระทรวงอื่นๆ (Intersectoral Collaboration) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานการทำงานไปด้วยกัน ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเองและกระทรวงต่างๆ เช่น กระทรวง

มหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวง
ศึกษาธิการ รัฐวิสาหกิจและเอกชนในงานพัฒนาชนบท

- 2) การจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานเพื่อให้ทุกคนมีโอกาสเข้าถึง มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและสามารถตรวจสอบได้โดยสังคม การจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานต้องตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ

องค์ประกอบที่หนึ่ง ได้แก่ การให้ความเคารพต่อบุคคล ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคลกับระบบประกันสุขภาพ โดยให้ความสำคัญต่อมิติทางจริยธรรม ประกอบด้วย การให้ความเคารพในศักดิ์ศรี (dignity) การให้อิสระในการตัดสินใจ (autonomy) การรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality) และการสื่อสาร (communication) ของผู้ให้บริการที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดี

องค์ประกอบที่สอง ได้แก่ การยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client orientation (CLO) ซึ่งครอบคลุมความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกระบวนการให้บริการสุขภาพ โดยไม่ประเมินผลลัพธ์ของบริการ (clinical outcome) องค์ประกอบของการตอบสนองในกลุ่มนี้ ได้แก่ การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ (prompt attention) การมีโอกาเลือกแพทย์หรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษา (choice) ผู้ป่วยสามารถรับความช่วยเหลือจากญาติมิตร รวมทั้งประกอบกิจกรรมทางศาสนา ระหว่างรอรับบริการ (social supports) และความสะดวกสบาย รวมทั้งคุณภาพของสิ่งแวดล้อม (basic amenities) เช่น ความสะอาด ความสว่างของอาคารสถานที่ เป็นต้น (Murray CJL, Frenk J., 2543: 78:717-31)



แผนภูมิที่ 1 แสดงกลยุทธ์ในการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

ประเทศต่างๆทั่วโลก รวมทั้งเมืองไทยได้ขานรับเป้าหมายและกลยุทธ์ สู่หนทางการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยนำมาปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

2.1.2 การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย

จากวิกฤตเศรษฐกิจ เมื่อปี 2540 มีผลกระทบในวงกว้างต่อคนไทยและสังคมไทยอย่างมาก โดยก่อให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตของคนไทยมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาความยากจนและความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งแน่นอนมีผลกระทบต่อเนื่องมาถึงภาวะสุขภาพอนามัย ตลอดจนแผนการพัฒนา ด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตามจากวิกฤตทางเศรษฐกิจ กระแสแนวความคิดเรื่องการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลก และการริเริ่มแนวคิดแบบใหม่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ฉบับที่ 8 ได้นำมาเป็นพื้นฐานในการวางกรอบวิสัยทัศน์และทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ของประเทศ ฉบับที่ 9 ตลอดจนรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ในปี 2540 ที่ก่อให้เกิดการปฏิรูประบบหลายด้าน รวมทั้งการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ เป็นนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ที่มีความเป็นเอกภาพ ดูแล จัดการและประสานงานทางด้านสุขภาพที่กระจายอยู่ในหน่วยงานต่างๆ

ร่างประเด็นสำคัญและจุดประสงค์ แผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545 - 2549

1. มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- (1) มีการจัดทำเป้าหมายและระบบติดตาม เฝ้าระวัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นปัจจัยกำหนดปัญหาและการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญอย่างชัดเจน
- (2) ออกพระราชบัญญัติสุขภาพและกฎหมายเกี่ยวเนื่องที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคทั้งในระดับบุคคล ชุมชน รัฐและเอกชน โดยมี การบังคับใช้อย่างจริงจัง
- (3) มีส่วนร่วมการจัดสรรงบประมาณของรัฐและท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากเดิมไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 โดยมีกิจกรรมที่ได้ผลอย่างแท้จริง

2. คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ

- (1) ครอบคลุมทุกคนไม่ว่ารวย/จน คนป่วย/คนแข็งแรง เพื่อเฉลี่ยความเสี่ยง
- (2) ครอบคลุมบริการทุกประเภท (การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ) ทั้งเชิงรุกและตั้งรับ
- (3) ทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์หลักพื้นฐานที่จำเป็น(Core benefit package) เท่าเทียมกัน และเป็นธรรม โดยจ่ายค่าเบี้ยประกันตามศักยภาพทางเศรษฐกิจ

- (4) ทุกคนต้องเลือกลงทะเบียนกับสถานบริการระดับต้นที่ใกล้บ้าน / ใกล้ที่ทำงาน / ตามความสะดวก
 - (5) มีระบบการจ่ายเงินที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพ โดยวิธีการผสมผสานรูปแบบการจ่ายเงินตามความเหมาะสมและมีการประเมินผลเป็นระยะ
3. มุ่งเน้นการพัฒนาสถานบริการระดับต้นทั้งเขตเมืองและชนบทโดยเชื่อมโยงกับระบบบริการขั้นสูง
- (1) พัฒนาสถานอนามัยทุกแห่งให้มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรคการฟื้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่มีคุณภาพสูงขึ้น
 - (2) สนับสนุนให้มีเครือข่ายสถานบริการระดับต้นในเขตเมืองและชนบทอย่างกว้างขวาง (คลินิกหน่วยบริการผู้ป่วยนอกสาขา ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานอนามัย ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน)
 - (3) จำกัดการขยายตัวและมีการปรับปรุงการกระจายของสถานบริการขั้นกลาง/สูง (รพช./รพท./รพศ./โรงพยาบาลในเขตเมืองอื่นๆ)ทั้งภาครัฐ/เอกชน โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการตามความเหมาะสมเป็นสำคัญ
 - (4) จัดระบบเครือข่ายบริการระดับต้น บริการขั้นกลางและขั้นสูง ให้เป็นกลุ่มและมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบภายใต้ระบบประกันสุขภาพและระบบการกระจายอำนาจ
4. พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล
- (1) มีการจัดตั้งองค์กรรับผิดชอบการพัฒนาและการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลระดับประเทศ
 - (2) มีระบบคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลในแต่ละระดับ โดยมุ่งเน้นระบบคุณภาพ ที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย และทัดเทียมกับมาตรฐานสากล
 - (3) สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนทุกแห่ง ที่เป็นคู่สัญญาหลักของระบบประกันสังคมได้มาตรฐานในปี 2546
 - (4) สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนทุกแห่งได้มาตรฐานภายในปี 2549
5. ปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างขององค์กร/กลไกของรัฐในส่วนกลางในการพัฒนาสุขภาพ
- (1) เป็นผู้กำกับดูแลระบบบริการสุขภาพ ลดเลิกการเป็นผู้ให้บริการเอง
 - (2) เป็นผู้สนับสนุนการผลิตบุคลากรแทนการผลิตบุคลากรเอง โดยการถ่ายโอนงานการผลิตและ หรือแปรรูปหน่วยงานผลิตให้เป็นองค์กรมหาชน

- (3) เน้นยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนแบบบูรณาการ โดยการจัดสรรงบประมาณ เพื่อการพัฒนาบุคลากรไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ (มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 19 พ.ย. 2539)
 - (4) ปรับระบบ/โครงสร้างขององค์กร / กลไก / กฎหมาย ในการกำหนดนโยบายสุขภาพ การกำหนดมาตรฐานคุณภาพ การกำกับดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การคุ้มครองผู้บริโภคและการวิจัยสุขภาพ
6. สนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
- (1) เริ่มวิจัยและพัฒนาระบบในบางจังหวัด ในปี 2546
 - (2) ขยายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดที่มีความพร้อม
 - (3) พัฒนาระบบและองค์กรในการสนับสนุนด้านวิชาการภายใต้ระบบการกระจายอำนาจ
 - (4) มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
7. พัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของประชาชน/ครอบครัว/ชุมชน/ประชาคม
- (1) มุ่งเน้นการใช้ระบบการศึกษาและระบบสื่อมวลชนในการสร้างศักยภาพทางปัญญาของประชาชนที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัฒนธรรมและสังคมไทย ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุ โดยเน้นเรื่องการสร้างระบบสื่อสารสองทาง เช่น คลื่นวิทยุ/คลื่นโทรทัศน์ “สุขภาพ” อินเทอร์เน็ตสุขภาพ และการสร้างเสริมทักษะชีวิตและสุขภาพ
 - (2) จัดสรรงบประมาณดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่ประชาชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพ
 - (3) มุ่งเน้นการสนับสนุนทรัพยากรในการสร้างความเข้มแข็งองค์กรประชาสังคม
 - สนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 เพื่อสนับสนุนและพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งเขตเมืองและชนบท
 - สนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 เพื่อการสนับสนุนและพัฒนาเครือข่ายและองค์กรเอกชนด้านสุขภาพ
 - (4) ส่งเสริมให้องค์กรประชาสังคมมีศักยภาพในการบริหารจัดการเพื่อพึ่งพาตนเองในการพัฒนาด้านสุขภาพ
8. การสนับสนุนอุตสาหกรรมสุขภาพ
- (1) สนับสนุนให้ชุมชน/ครัวเรือน / ธุรกิจผลิตผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อใช้ในประเทศและส่งออก
 - (2) สนับสนุนและลดอุปสรรคในเรื่องการส่งออกผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพ

- (3) สนับสนุนและลดอุปสรรคในการขายบริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติ
9. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพรและการแพทย์ทางเลือกจากภูมิปัญญาไทยและสากล
 - (1) จัดงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.0 ของงบประมาณด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุน การวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ โดยมีกลไกการบริหารที่เป็นอิสระและคล่องตัว (องค์การมหาชน)
 - (2) ให้มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเป็นองค์การมหาชน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 ของงบประมาณของรัฐ ด้านสุขภาพ
 - (3) ส่งเสริมให้สถานพยาบาลรัฐและเอกชนมีการใช้ยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐานถูกต้อง ตามกฎหมายและเป็นไปตามหลักวิชาการอย่างประหยัดคุ้มค่าในการให้บริการ

2.1.3 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1) กรอบแนวคิด

นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, นพ. สุภสิทธิ์ พรธนาสุโณทัย, นพ. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ (2543) ได้กล่าวถึง “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ว่า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับ บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้าน ค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น

สภาพข้อเท็จจริง

1. รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า แก่ผู้ที่มีรายได้น้อยและไม่สามารถจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้มาตั้งแต่ต้น อย่างไรก็ตาม รัฐบาล ได้กำหนดเป็นนโยบายในการให้รักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อยตั้งแต่ปี 2518 (รัฐบาลสมัย พณฯ นายกรัฐมนตรี จี.กฤษณ์ ปรามิโทย์) ซึ่งต่อมาได้มีการขยายขอบเขตของการช่วยเหลือด้านรักษาพยาบาล สู่กลุ่มบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็ก 0-12 ปี ผู้พิการ ครอบครัวทหารผ่านศึก พระภิกษุสามเณรและนักบวช ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข

2. กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการบัตรสุขภาพตั้งแต่ปี 2526 โดยเป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในช่วงแรกของการดำเนินการอาศัยหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและให้มีการจัดตั้งกองทุนรับหมู่บ้าน ซึ่งจากการดำเนินงานพบว่ามีปัญหาหลายประการและมีการถดถอยของการดำเนินการเป็นลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากการมีวัตถุประสงค์ที่หลากหลายของโครงการ การขาดศักยภาพของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุน และโครงการ ประสพกับปัญหา การขาดเสถียรภาพและความมั่นคงทางการเงิน ต่อมาโครงการนี้ได้ปรับแนวคิด การใช้ชุมชนเป็นฐานไปสู่การประกันสุขภาพอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี 2536

3. โครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อย และโครงการบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาททั้งเป็นผู้ซื้อและผู้ให้บริการซึ่งมีข้อดีทำให้ต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่าย แต่จุดอ่อนของระบบราชการซึ่งเป็นที่รับทราบโดยทั่วไป ก็คือการไม่ค่อยตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน โดยโครงการประกันสังคมที่แม้จะมีคณะกรรมการประกันสังคมจังหวัดเดียวกัน ว่าประชาชนผู้ประกันตนยังไม่พอใจในการบริการที่ได้รับและส่วนใหญ่ยังขาดความเชื่อมั่นในบริการเนื่องจากไม่เชื่อมั่นในระบบการตรวจสอบคุณภาพและการรักษาสิทธิประโยชน์ของผู้มีสิทธิ (Unaccountability)

4. การประกันสุขภาพที่เป็นอยู่ยังเน้นการรักษาพยาบาลเป็นการประกันความเจ็บป่วย และการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นลักษณะที่สืบทอดจากความเคยชินในอดีตของตะวันตก เป็นการประกันทางการแพทย์ (Medical insurance) ไม่ใช่การประกันสุขภาพ (Health insurance) ซึ่งเป็นการประกันที่ครอบคลุมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งการครอบคลุมการดูแลด้านจิตใจ (Mental health) ด้วยนอกจากนั้น ยังไม่ได้รวมภูมิปัญญาไทยทางด้านการแพทย์ไทย การสมุนไพรซึ่งการขาดความครอบคลุมเหล่านี้ ทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมีแต่จะเพิ่มขึ้นไม่สามารถทำให้การควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นไปได้ในระยะยาวอย่างแท้จริง

การมีหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน เป็นบทบาทที่รัฐต้องดำเนินการเพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น จึงได้เกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในสมัยรัฐบาล พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร ซึ่งเป็นที่ทราบโดยทั่วกันว่า 30 บาท รักษาทุกโรค ในปี พ.ศ. 2544

2) เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ ทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...”

เนื่องจากการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพะ” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี “สุขภาพดี” ได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบ

สุขภาพได้ โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ

3) หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชนโดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง

2. ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ และใกล้บ้าน / ที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว

3. สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่า ประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

4. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (primary care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกินความสามารถหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น

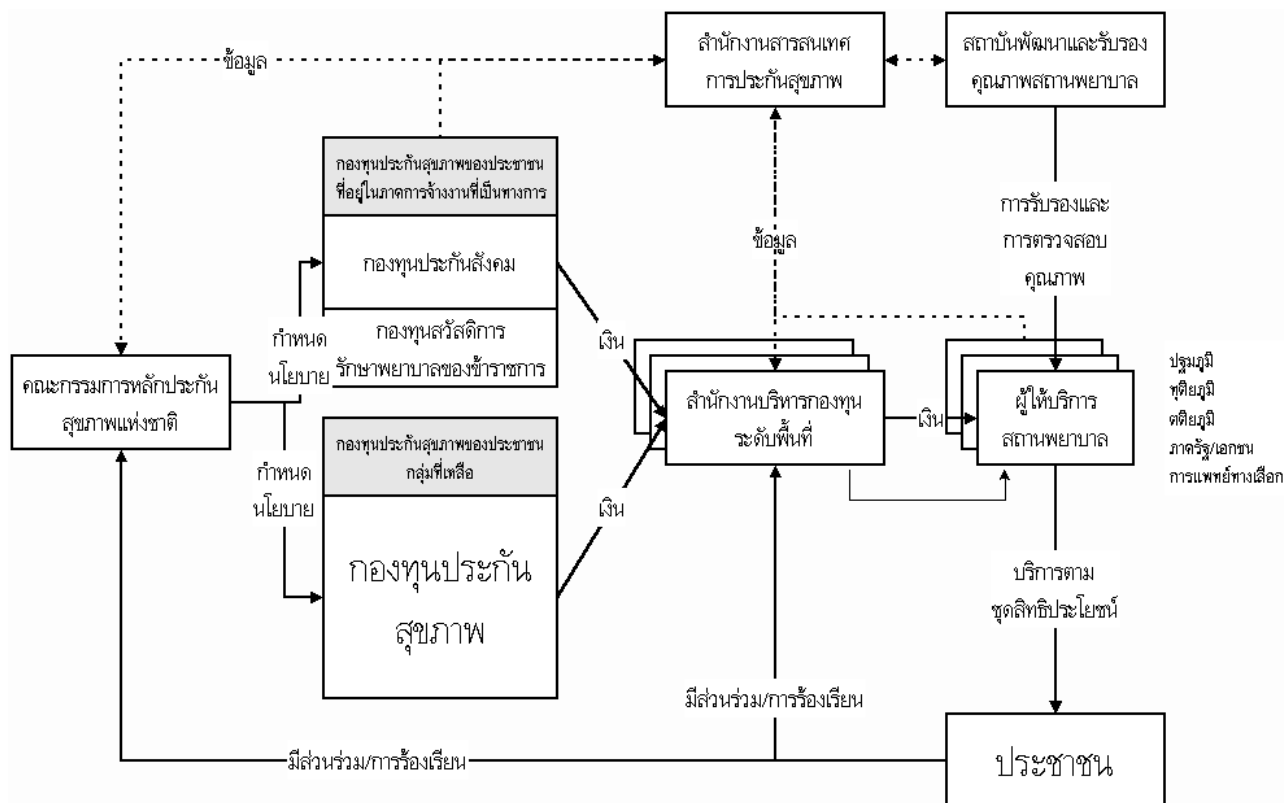
5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเองและหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (provider network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยกันเองหรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน

6. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด(close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้น ผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)

7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐาน เดียวกัน ไม่ว่าบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพก็กองทุนก็ตาม

8. ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะผ่านอาจจะมี 2 กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงานมีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน (อาจจะมีกองทุนย่อยเพื่อบริหารจัดการ

การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและทราบข้อมูล การใช้บริการ) รูปแบบระบบประกันสุขภาพในอนาคต แสดงดังแผนภูมิที่ 2 ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 แสดงรูปแบบประกันสุขภาพในอนาคต

เพื่อเป็นการรองรับนโยบาย ประกันสุขภาพถ้วนหน้า เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งเป็นศาสตร์ที่ยอมรับในนานาชาติว่าสามารถให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่เน้นการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ที่พิจารณาทั้งสุขภาพกายและจิตใจ ควบคู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคมของบุคคล ครอบครัวและชุมชน จึงเป็นโอกาสให้เกิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลด่านแรกขึ้นอย่างกว้างขวาง

2.2 หน่วยบริการปฐมภูมิ

2.2.1 แนวความคิดและทฤษฎี

นพ. สำเริง แหยมกระโทก และ พญ.รุจิรา มังคละศิริ (2545) ได้อ้างถึงระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ตามคำประกาศอัลมา อัลดา ปี พ.ศ. 2521 โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ คือ บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการ

สาธารณสุขของประเทศและให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน

VUOPI, H. ได้กล่าวในการประชุมของสมาคม/วิทยาลัยทางด้านเวชศาสตร์ทั่วไปเวชปฏิบัติครอบครัวทั่วโลก (WONCA) ในปี พ.ศ. 2529 ให้ความหมายของ Primary care ตามความหมายหลักขององค์การอนามัยโลก แต่ขยายเพิ่มเติมในลักษณะที่แสดงถึงภาพของสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยเสนอมุมมองในอีก 4 ด้าน คือ

1. ในฐานะเป็นชุดกิจกรรม 10 ประการ
2. ในฐานะเป็นระดับของการบริการที่เป็นบริการด่านแรก (ในส่วนนี้ต้องพิจารณาควบคู่กับบริการด่านแรกอื่นๆที่ประชาชนใช้มิใช่บริการของสถานพยาบาล)
3. ในฐานะเป็นกลวิธีของการดำเนินงานที่ทำให้เกิดบริการที่เข้าถึงได้สอดคล้องและตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชน โดยดำเนินการในลักษณะที่บูรณาการกับงานอื่นๆ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตั้งอยู่บนฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนมีการดำเนินการที่คุ้มค่า (cost-effective) ในส่วนนี้อาจรวมถึง การปรับการจัดสรรบุคลากรและทรัพยากรอื่นจากระดับตติยภูมิไปยังระดับปฐมภูมิ
4. ในฐานะปรัชญาที่ควรแทรกซึมเข้าไปสู่แนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพทั้งหมดเพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีความเท่าเทียม ยุติธรรม แต่ละคนในสังคมมีความรับผิดชอบช่วยกันสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี และยอมรับความหมายของสุขภาพที่กว้างกว่าเรื่องโรค

Starfield (2536) ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ในลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front – line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (Ongoing care) บริการที่ผสมผสานเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่นหรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Coordinated care)

Tudor – Hart (2532) ได้กล่าวถึง บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ควรมีเพิ่มเติมจากลักษณะบริการรักษาพยาบาลแบบเดิมคือ การมีบทบาทในเชิงรุกเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของกลุ่มประชากรมีการให้บริการโดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

Fry and Horder ให้ความเห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพและยุติธรรม

2.2.2 หน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

การบริการปฐมภูมิ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายมุมมอง ไม่ว่าจะเป็นความหมายในเชิงปรัชญา หลักการจัดบริการหรือลักษณะบริการ ซึ่งพบว่ายังไม่สามารถให้ความหมายของบริการปฐมภูมิ ได้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมดได้ ทั้งนี้เพราะลักษณะของบริการปฐมภูมิลักษณะแนวคิดที่เป็นนามธรรมสูง (Subjective) การสะท้อนความหมายของบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องใช้การแปลความหมายจากลักษณะนามธรรมไปสู่ความหมายรูปธรรมที่จับต้องได้ (Objective or Operationalised Concept) จึงทำให้มีการแปลความหมายของบริการปฐมภูมิออกมาในลักษณะต่างๆ และมีชื่อเรียกที่แตกต่างกันหลายชื่อ ได้แก่

1. สถานบริการด้านแรก (First Line Care) หรือสถานบริการด้านหน้า (Front Line Care)
2. สถานบริการปฐมภูมิ หรือสถานบริการระดับต้น (Primary Care หรือ Primary Medical Care)
3. สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวหรือเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Practice)
4. สถานบริการครอบครัว (Family Service)
5. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)

ทั้ง 5 ชื่อนี้มีความหมายตรงกับสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ เพียงแต่ว่าสถานบริการเหล่านี้อาจยังจัดไม่ครบถ้วนตามปรัชญา/แนวคิดและมาตรฐานการดำเนินงาน

นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก (2544) การบริการปฐมภูมิ(Primary Care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป

นิยามศัพท์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ Primary Care Unit

1. **Contracting Unit For Primary Care (CUP)** หมายถึง สถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หรือเรียกว่า Main Contractor ก็ได้ ในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะต้องมีผู้ซื้อบริการ (Purchaser) มาทำสัญญา

ซื้อบริการกับผู้ให้บริการ (Provider) ซึ่งผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องจัดบริการเป็นการบริการปฐมภูมิ (Primary Care) แต่เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิ บางแห่ง เช่น สถานีอนามัยยังไม่มีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะทำสัญญาได้กับผู้ซื้อบริการ จึงต้องไปทำสัญญากับจุดที่ทำสัญญาแทนได้ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนจึงเป็น CUP แทนสถานีอนามัย ดังนั้น จึงเรียกโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลักหรือ Main Contractor ส่วนสถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนด จึงเรียกสถานีอนามัยว่าหน่วยบริการปฐมภูมิรอง หรือ Sub - Contractor หรือ PCU ที่คุณสมบัติไม่ครบ หน่วยบริการปฐมภูมิ บางแห่งก็สามารถทำสัญญาได้เอง เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลจังหวัด ฯลฯ ดังนั้น 1 CUP จึงอาจมี 1 PCU หรืออาจมีหลาย PCU ก็ได้ (นพ. สำเริง แหะงกระโทก และ พญ.รุจิรา มังคละศิริ, 2545)

2. **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting unit for Secondary care, CUS)**
หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิ สถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน (นพ. สำเริง แหะงกระโทก และ พญ.รุจิรา มังคละศิริ, 2545)
3. **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting unit for Tertiary care, CUT)**
หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ สถานพยาบาลแต่ละแห่งอาจเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการมากกว่าหนึ่งระดับได้ หากสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของบริการในแต่ละระดับนั้น (นพ.สำเริง แหะงกระโทก และ พญ.รุจิรา มังคละศิริ, 2545)
4. **Primary Health Care (PHC) การสาธารณสุขมูลฐาน** มีความหมายเชื่อมโยงกับคำว่า “บริการปฐมภูมิ” ทั้งนี้ขึ้นกับการพิจารณาถึงความหมายของคำว่า PHC ในลักษณะใด แต่ในประเทศไทยมีแนวโน้มในเชิงความหมายของการดำเนินการและกิจกรรมในหมู่บ้านและชุมชน ซึ่งหมายถึง การดำเนินงานสาธารณสุขของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นให้คำปรึกษาแนะนำ

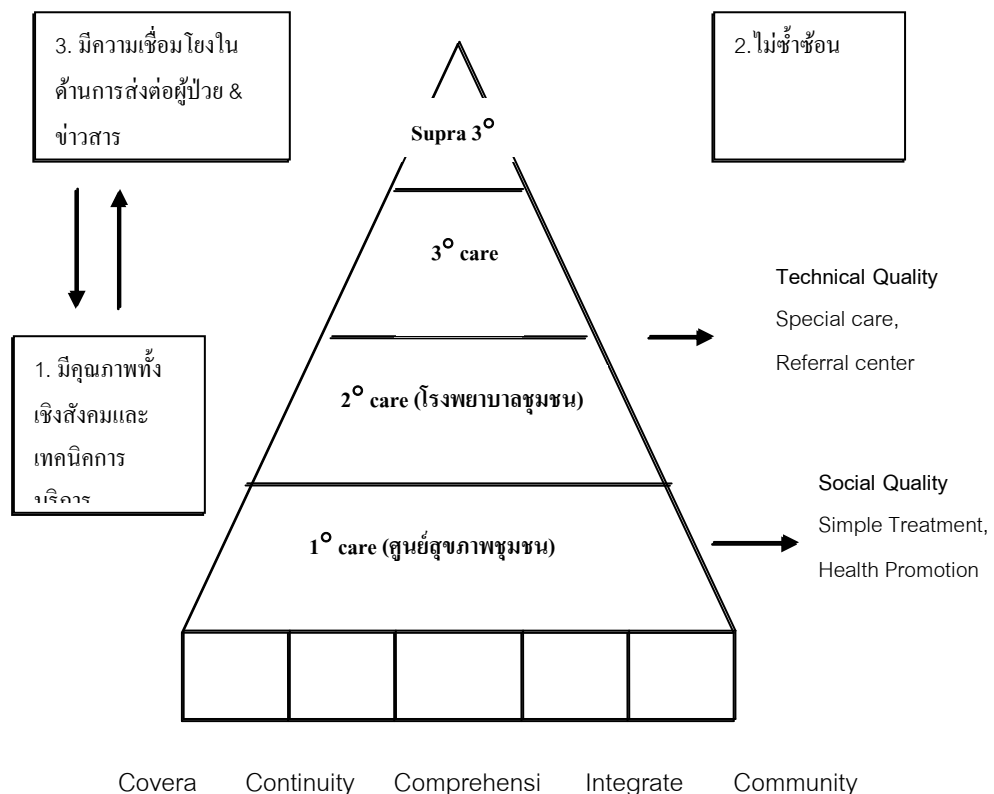
5. Primary Medical Care (PMC) เป็นการจัดบริการของหน่วยงานรัฐที่ให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เป็นบริการด่านแรก ซึ่งการดำเนินการอาจใช้ปรัชญาของสาธารณสุขมูลฐานหรือเทคนิคบริการที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้บริการก็ได้

ดังนั้น Primary Care จึงเป็นตัวเชื่อมกลางระหว่าง Primary Medical Care และ Primary Health Care

$$PC = PMC + PHC$$

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยได้ปฏิรูปเป็นระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ โดยแบ่งสถานบริการออกเป็น 4 ระดับ ดังแผนภูมิที่ 3 ตามรายละเอียดดังนี้ (นพ.สำเริง แหยมกระโทก และ พญ. รุจิรา มังคละศิริ, 2545)

1. ระดับ 1^o care (ศูนย์สุขภาพชุมชน) จะถูกจัดตั้งโดยกิตติอัตราส่วนของประชากร 10,000 คนต่อ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน
2. ระดับ 2^o care (โรงพยาบาลชุมชน) จะถูกจัดตั้งโดยกิตติอัตราส่วนของประชากร 30,000 – 100,000 คน ต่อ 1 โรงพยาบาลชุมชน
3. ระดับ 3^o care (โรงพยาบาลทั่วไป) จะถูกจัดตั้งโดยกิตติอัตราส่วนของประชากร 500,000 คนต่อ 1 โรงพยาบาลทั่วไป
4. ระดับ Supra 3^o care (โรงพยาบาลศูนย์) จะถูกจัดตั้งโดยกิตติอัตราส่วนของประชากร 5,000,000 คน ต่อ 1 โรงพยาบาลศูนย์



แผนภูมิที่ 3 แสดงระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ

แหล่งข้อมูล : ศูนย์สุขภาพชุมชน (2545) นพ.สำเริง แหงกระโทก และ พญ. รุจิรา มั่งคละศิริ

2.2.3 ความหมายอื่นๆ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

บริการปฐมภูมิ (Primary care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป (นายแพทย์ สำเริง แหงกระโทก แพทย์หญิงรุจิรา มั่งคละศิริ, 2545:37)

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หมายถึง การจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบบุคคล วัสดุ สิ่งของและระบบการทำงานเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (primary care) ปัจจุบันคำว่า PCU หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขเรียกชื่อเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (นายแพทย์ สำเริง แหงกระโทก แพทย์หญิง รุจิรา มั่งคละศิริ, 2545 : 37) โดยหน่วย PCU ในโรงพยาบาล 1 หน่วยจะดูแลประชากร ไม่เกิน 3 หมื่นคนและมีเภสัชกร 1 คน แต่ถ้าเป็นหน่วย PCU นอกโรงพยาบาล 1 หน่วยจะดูแลประชากร ไม่เกิน 1 หมื่นคนและมีเภสัชกรอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง

จากทั้งหมดข้างต้น จะเห็นว่าความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) ทั้งที่พิจารณาจากส่วนที่เป็นผลลัพธ์ของบริการและบทบาทของบริการ จะพบว่าเป็นการให้ความหมายที่ให้ “คุณค่า” ของ “ระบบบริการที่ดี” รวมไปถึง มิใช่หมายถึงบริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเหมือนแต่เดิม

ลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ ควรจะเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะสำคัญในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

1. เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการศึกษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม
2. เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยาและด้านเศรษฐกิจ
3. เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุก เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
4. ให้บริการประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วยขณะป่วยและช่วงฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต
5. ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดบริการ อาทิ สถานพยาบาล เฉพาะด้านต่างๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

2.2.4 หน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

- 1) เป็นที่ปรึกษาช่วยสร้างความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชน ในลักษณะผสมผสาน เช่น หากเห็นว่าผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ยา เจ้าหน้าที่ก็ควรแนะนำวิธีการดูแล การปฏิบัติที่เหมาะสม แต่หากต้องรักษาหรือต้องใช้ยาในขอบเขตที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ดูแลได้ เจ้าหน้าที่ควรต้องทำหน้าที่ดูแลและรักษาพยาบาลอย่างผสมผสาน ถ้าไม่สามารถ ทำเองได้หรือทำแล้วยังไม่ครอบคลุมก็จะต้องทำหน้าที่ส่งต่อหรือสถานที่ส่งต่อหรือประสานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- 2) ให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้มาใช้บริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับบริการทางกายหรือเป็นบริการเฉพาะ
- 3) ประเมินชุมชนอย่างรอบด้านแล้วนำมาวางแผนพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการและปัญหาของประชาชน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ควรสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ให้ความรู้ฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพบางอย่างรู้จักสังเกตและติดตามอาการอย่างเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

- 4) ให้การดูแลและบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลนี้ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านอย่างเหมาะสม
- 5) ประสานบริการกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างต่อเนื่องและผสมผสานรวมถึงรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการระดับอื่นในระยะเวลาและภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสม

จะเห็นว่าบริการปฐมภูมิเป็นสถานบริการด่านแรก ที่มีความสำคัญในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเปรียบเสมือนประตูระบบ เมื่อปัญหาสุขภาพนั้นจำเป็นที่จะต้องพึ่งระบบบริการ นอกจากนั้น บริการปฐมภูมิยังให้บริการเชิงรุก ซึ่งไม่เพียงแต่จะบริการขณะเจ็บป่วย แต่จะมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนขณะที่ยังสบายดี อันจะทำให้เกิดคุณสมบัติที่ถือว่าประชาชนเป็นศูนย์กลางบริการระดับปฐมภูมิในประเทศไทย ได้ถูกเรียกชื่อใหม่ว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน” เพราะต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วมและศูนย์สุขภาพเป็นของทุกคนในชุมชน

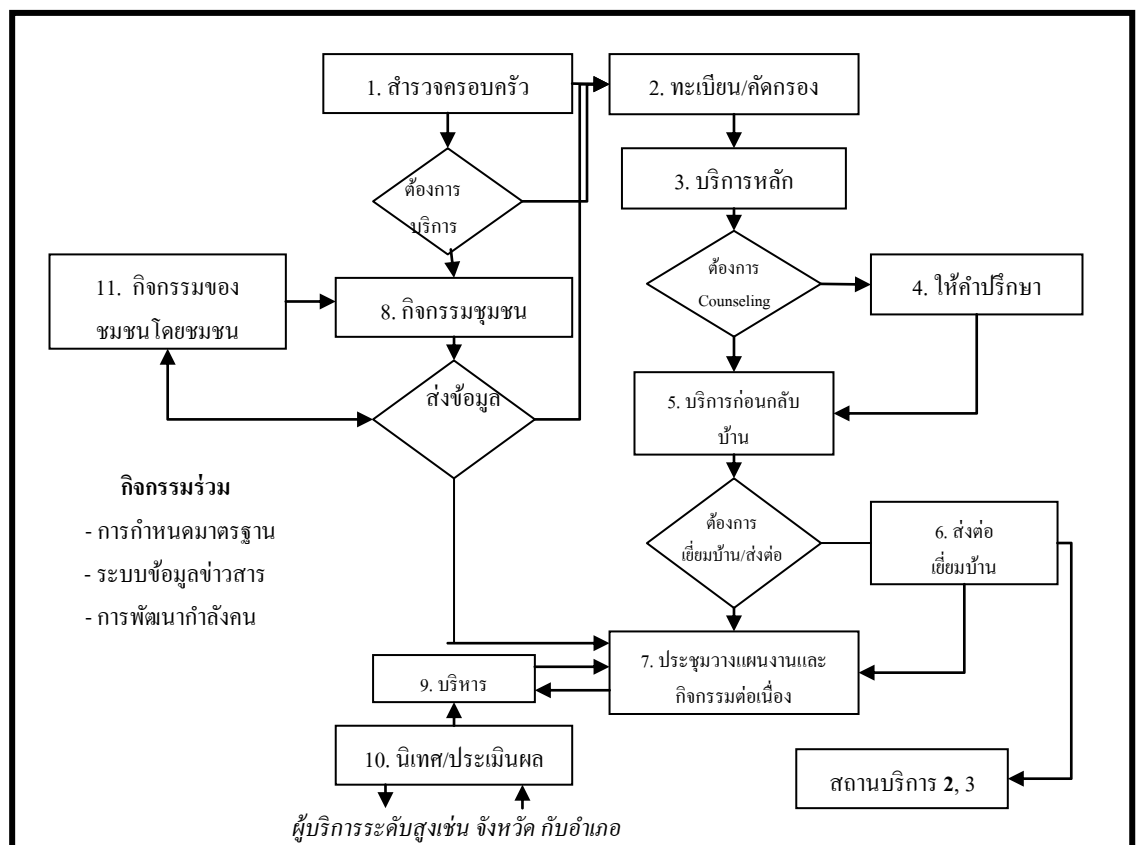
โดยปกติประชาชนจะดูแลสุขภาพตนเองตั้งแต่ก่อนป่วย ป่วยเล็กน้อย โดยเมื่อก่อนป่วยจะมีพฤติกรรมการกิน อยู่ ออกกำลังกาย ทำให้สุขภาพพลานามัยดีอยู่แล้ว เมื่อป่วยเล็กน้อยก็จะปล่อยให้หายเอง ซักยากินเองหรือรักษาด้วยตนเอง เช่น เช็ดตัว พักผ่อน ฯลฯ ก็จะทำให้โรคภัยไข้เจ็บหายไปเองได้ แต่เมื่อเจ็บป่วยมากขึ้น ประชาชนจะไปพึ่งระบบบริการของรัฐ เช่น สถานีอนามัย แพทย์แผนไทย อสม. เจ็บหนักมากขึ้นก็จะไปคลินิก แพทย์เอกชนหรือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงและสูญเสียเศรษฐกิจของชาติไปมาก ดังนั้นการปรับคุณภาพของประชาชน ตามหลักปรัชญาและให้ประชาชนพยายามสร้างสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อไม่ให้เจ็บป่วยมากที่สุดและให้พึ่งบริการรัฐน้อยที่สุด ถ้าจำเป็นต้องไปพึ่งก็ขอให้ไปพึ่งการบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ซึ่งเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ใจมากที่สุด ดังนั้น การสร้างคุณภาพด้านสุขภาพของประชาชน คือส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสร้างสุขภาพให้พึ่งตนเองมากที่สุด และสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ให้มีจำนวนและคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานให้มากที่สุด โดยลดกรอบของการที่รัฐให้บริการสาธารณสุขและประชาชนให้มีขนาดเล็กลง ส่งเสริมกรอบการที่ประชาชนสร้างสุขภาพ และพึ่งตนเองให้ขยายใหญ่ขึ้น

2.2.5 กระบวนการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ศูนย์สุขภาพชุมชน)

เมื่อรัฐบาลได้มีการประกาศใช้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ภายใต้โครงการชื่อ 30 บาท รักษาทุกโรคนั้น ได้มีการปรับแนวคิด นโยบายในการปฏิรูปและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้น ซึ่งได้ถูกเรียกชื่อใหม่ว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน” โดยมีแนวความคิดใหม่ดังนี้

Re-Think	สร้างเจตคติต่อการจัดบริการแบบองค์รวม
Re-Design	ออกแบบระบบงานให้เอื้อต่อการจัดบริการแบบองค์รวม
Re-Tool	ออกแบบเครื่องมือ เช่น ระบบข้อมูลข่าวสารใหม่
Re-Train	ฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้เกิด 3 Re แรก

โดยกระบวนการหลักของการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ศูนย์สุขภาพชุมชน) นั้น ได้มีการจัดระบบบริการที่เป็นแบบองค์รวม ผสมผสาน บูรณาการอย่างต่อเนื่อง โดยผสมผสาน เชื่อมโยงบริการในชุมชน การสนับสนุนกิจกรรมของชุมชนโดยชุมชนเข้าด้วยกันในศูนย์สุขภาพชุมชน การบริการต่อเนื่อง แล้วนำมาจัดเป็นกระบวนการหลัก โดยแบ่งเป็นกิจกรรมภายในศูนย์เอง 8 กิจกรรม การบริหาร การจัดการนิเทศงานและประเมินผล 2 กิจกรรม และเป็นกิจกรรมของชุมชน โดยชุมชน 1 กิจกรรม รวมเป็นทั้งหมด 11 กิจกรรม/ขั้นตอน เป็นกระบวนการต่อเนื่องดังแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 4 กระบวนการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ

แหล่งข้อมูล: ศูนย์สุขภาพชุมชน (2545) นพ.สำเริง แหยงกระโทก และ พญ. รุจิรา มั่งคละศิริ

โดยแต่ละกิจกรรมมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การสำรวจครอบครัวและชุมชน
 - 1.1. สร้างสัมพันธภาพ
 - 1.2. รู้จักและเข้าใจสภาพชีวิต
 - 1.3. ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการในบริการโดยจำแนกประชาชน ครอบครัว เป็นกลุ่มเพื่อการจัดบริการตามสภาพปัญหา
2. การลงทะเบียน/คัดกรอง
 - 2.1. การจัดเตรียมเอกสารและข้อมูลเพื่อช่วยให้เกิดการดูแลอย่างผสมผสานเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง ซึ่งจะมีกิจกรรมที่ต้องจัดเตรียมและเตรียม เช่น ทะเบียนประวัติครอบครัว (Family Folder) OPD Card, Well Baby Card, ผล Lab/ ผลเยี่ยมบ้าน การจัดระบบ นัดหมายและระบบข้อมูล
 - 2.2. การคัดกรองเพื่อค้นหาความคาดหวังของผู้มารับบริการและประเมินปัญหาด้าน Bio-Psycho-Social และให้คำแนะนำเบื้องต้น
3. บริการหลัก
ตรวจรักษา/ ส่งเสริมป้องกัน / ทันตกรรม / ER / ชẩnสูตร / ให้บริการตามมาตรฐาน วิชาชีพและสิทธิประโยชน์
4. การให้คำปรึกษา
 - 4.1. ให้ผู้รับบริการได้เปิดเผยความรู้สึก ค้นหาและเข้าใจปัญหาของตนเอง
 - 4.2. ให้ผู้รับบริการใช้ศักยภาพของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาและปรับตัวให้เหมาะสม
 - 4.3. การให้คำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะจุด
5. บริการก่อนกลับบ้าน
 - 5.1. ตรวจสอบความเข้าใจในการมารับบริการและการตอบสนองต่อความคาดหวัง
 - 5.2. จ่ายยา / เก็บเงิน
 - 5.3. นัดหมายเพื่อรับบริการต่อเนื่อง (เยี่ยมบ้าน ส่งต่อ นัดมารับบริการต่อเนื่อง)
6. การส่งต่อ / การเยี่ยมบ้าน
 - 6.1. จัดระบบส่งต่อและตอบกลับ และต้องไปเยี่ยมผู้ป่วยในกรณี Admit และไปเยี่ยมบ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ไปตามการส่งต่อ
 - 6.2. จัดระบบเยี่ยมบ้านเพื่อรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการและครอบครัว
 - 6.3. เพื่อค้นหาศักยภาพของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม เพื่อนำมาสร้าง Self Care
 - 6.4. เพื่อให้บริการต่อเนื่องโดยติดตามเยี่ยมบ้าน
7. ประชุมวางแผนงานและกิจกรรมต่อเนื่อง

ข้อมูลที่จะนำเข้าในการประชุมเพื่อทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ของศูนย์สุขภาพชุมชน ผลของการให้บริการ ประชุมปัญหาสุขภาพที่พบจากการบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ผลสะท้อนจากผู้รับบริการ และประชุมถึงปัญหา อุปสรรค / ผลการแก้ปัญหาที่ผ่านมา

8. กิจกรรมชุมชน

- 8.1. การค้นหาศักยภาพ สภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน เพื่อนำมาเสริมสร้างพลังอำนาจ แก้ปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน
- 8.2. กิจกรรมบริการชุมชน ได้แก่ การคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยง / การสอบสวนโรค / การป้องกันควบคุมโรค / การสุขภาพบาล การรณรงค์ต่าง ๆ
- 8.3. การแสวงหาการมีส่วนร่วมจากชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 8.4. สนับสนุนบทบาทของชุมชนในการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมประเมินผล ร่วมเรียนรู้
- 8.5. จัดกระบวนการประชาคมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจประชาชน

9. การบริหาร

- 9.1. คน เงิน สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร
- 9.2. แผนงาน ควบคุมกำกับ ประเมินผล
- 9.3. การนำองค์กร การจัดองค์กร การสร้างทีมงาน การมอบหมายงาน

10. การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล

- 10.1. Internal / External Surveyor
- 10.2. เน้นความเป็นกลยุธยมิตร
- 10.3. เน้นระบบงานในกระบวนการหลักของ PCU ขั้นตอน 1-8

11. กิจกรรมของชุมชนโดยชุมชน

- 11.1. ชุมชนจะรู้ปัญหาด้วยตนเอง และวางแผนแก้ไขด้วยชุมชนเอง
- 11.2. บุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนจะไปร่วมสร้างพลังอำนาจชุมชนให้เข้มแข็งมากที่สุด
- 11.3. กิจกรรมอื่นๆ ที่ชุมชนดำเนินการเอง และบุคลากรเข้าไปส่งเสริมสนับสนุน

2.3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับต้นทุน

ต้นทุน (Cost) หมายถึง มูลค่าของทรัพยากรที่ใช้ไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการบางอย่าง รวมทั้งบริการทางสาธารณสุขด้วย (Creese and Parker, 1994 อ้างใน เมธิณี เพชรจ, 2540) “ต้นทุน” กับ “ค่าใช้จ่าย” ไม่ใช่สิ่งเดียวกันเพราะต้นทุนบางส่วนเป็นส่วนที่เป็นค่าเสียโอกาสหรือเป็นผลพวงด้านลบที่ประเมินขึ้นและนับรวมเป็นต้นทุนของกิจกรรมด้วย ซึ่งส่วนดังกล่าวนี้ไม่ใช่ค่าใช้จ่ายและไม่ได้จ่ายไปจริง ค่าใช้จ่ายบางส่วนอาจไม่ใช่ต้นทุนของกิจกรรมทั้งหมด เช่น ค่าใช้จ่ายในการก่อสร้างอาคาร ซื้อเครื่องมือเครื่องใช้ถาวรที่มีอายุการใช้งานนาน ค่าใช้จ่ายทั้งหมด

ไม่ใช่ต้นทุนกิจกรรมในปีเดียว แต่ต้องจัดแบ่งค่าใช้จ่ายเหล่านี้นี้จำนวนหนึ่งมาเป็นต้นทุนของงวดใดงวดหนึ่ง

การวิเคราะห์ต้นทุน เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการมี 2 ลักษณะ คือ ต้นทุนทางบัญชี (Accounting cost) และต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (Economic cost) (Thomas, 1996 อ้างใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล, 2545)

ต้นทุนในทางบัญชีจะนับเฉพาะรายการที่เป็นตัวเงิน ซึ่งได้จ่ายไปจริง (Monetary cost) และมองเห็นเท่านั้น (Explicit cost) ส่วนต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงิน (Monetary cost) และไม่เป็นตัวเงิน (Non - Monetary cost) รวมทั้งผลพวงด้านลบ (Negative Consequence) ซึ่งไม่ได้เป็นค่าใช้จ่าย (Non - Monetary cost) และมองไม่เห็น (Implicit cost) แต่จะมีการกำหนดค่าประเมินขึ้นและนับรวมเข้าเป็นต้นทุนด้วย (สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2534) ดังนั้นต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์มักจะสูงกว่าต้นทุนในทางบัญชี นักเศรษฐศาสตร์ตีค่าต้นทุนแตกต่างจากนักบัญชี โดยให้ความสำคัญกับการแข่งขันของการใช้ทรัพยากรด้วย ดังนั้นมุมมองของต้นทุน ทางเศรษฐศาสตร์ที่เพิ่มเติมขึ้นมาจึง ได้แก่

- ต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) คือ ความสูญเสียจากการนำทรัพยากรไปใช้งานอย่างหนึ่ง ทำให้หมดโอกาสในการใช้งานอีกอย่างหนึ่ง
- ราคาของสินค้าอาจไม่ใช่ต้นทุนที่แท้จริงเพราะราคาที่รับรู้มีความบิดเบือนจากปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ราคาสินค้าที่รัฐประกาศควบคุมอาจไม่ใช่ราคาที่ซื้อขายจริงในท้องตลาด เพราะถ้ามีอุปทานน้อยไป ราคาในตลาดมืดก็จะมีสูงกว่าราคาประกาศ หรือราคาสินค้า ที่ซื้อขายอาจต่ำกว่าต้นทุนจริงเพราะรัฐบาลให้เงินช่วยเหลือ ทำให้สินค้าราคาถูกลง ฯลฯ
- ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม (Direct and Indirect Cost) ต้นทุนทางตรง คือ ต้นทุนที่เห็นชัดว่าเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยนั้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางเพื่อรับการรักษาพยาบาล ส่วนต้นทุนทางอ้อม คือ ต้นทุนที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วย เช่น การขาดงาน การพิการ
- ต้นทุนทางการแพทย์และต้นทุนที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (Medical and Non-Medical Cost) ต้นทุนทางการแพทย์ คือ ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยตรง เช่น ค่าห้อง ค่าอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล ค่ายา ค่าผ่าตัด ส่วนต้นทุนที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ คือ ต้นทุนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าที่พักของญาติ ค่าจ้างดูแลครอบครัวกรณีที่ไม่มีผู้ดูแลเด็กที่บ้าน เป็นต้น

- ต้นทุนที่ประเมินค่าได้ง่าย และต้นทุนที่ประเมินค่าได้ยาก (Tangible and Intangible Cost) ต้นทุนที่ประเมินได้ง่าย คือ สิ่งที่มีราคาซื้อขายชัดเจน เช่น เงินเดือน ค่าแรง ที่สูญเสีย ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น ส่วนต้นทุนที่ประเมินค่าได้ยากขึ้นอยู่กับ การตีค่าอีกชั้นหนึ่ง เช่น ความทุกข์ทรมานจากการปวด การพิการ การสูญเสีย จากการตาย เป็นต้น
- ต้นทุนของใคร ใครเป็นคนจ่าย ต้นทุนบางส่วนแบ่งกันจ่ายระหว่างผู้ป่วย ผู้ให้บริการและสังคมช่วยจ่ายในรูปภาษี
- ต้นทุนวันนี้ ไม่เท่ากับต้นทุนในวันหน้า เนื่องจากค่าของเงินเปลี่ยนแปลง ตามระยะเวลา (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2542)

2.3.1 ประเภทต้นทุน

การแบ่งประเภทต้นทุน มีวิธีแบ่งหลายอย่าง ได้แก่

แบ่งตามปัจจัยนำเข้า ซึ่งแบ่งได้เป็น

- ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost) หมายถึง ต้นทุนส่วนที่จ่ายไปแล้วมีอายุการใช้งาน ในระยะยาวโดยปกติกำหนดอายุการใช้งานมากกว่า 1 รอบปีบัญชี เช่น ต้นทุน ของครุภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ ต้นทุนการก่อสร้าง
- ต้นทุนดำเนินการ (Recurrent Cost) หมายถึง ต้นทุนที่จ่ายแล้วหมดอายุการใช้ งาน ในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งแบ่งต่อไปได้เป็น 2 ประเภท คือ ต้นทุนค่าแรง ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนและต้นทุนค่าดำเนินการไม่รวมค่าแรง ได้แก่ ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค ค่าเดินทาง ค่าซ่อมบำรุง ค่าจ้างเหมา เป็นต้น

แบ่งตามหลักเกณฑ์อื่นๆ เพื่อประโยชน์การใช้งานในแต่ละเงื่อนไข เช่น

- แบ่งตามหน้าที่หรือกิจกรรม เช่น การบริการ วิชาการ ฝึกอบรม บริหาร ฯลฯ เพื่อใช้ในการประเมินภารกิจของหน่วยงานด้านการบริการผู้ป่วย ด้านวิชาการ ด้านบริการ
- แบ่งตามระดับการปกครอง เช่น ประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล เพื่อสะดวกในการ จัดสรรงบประมาณให้กับการปกครองระดับต่าง ๆ
- แบ่งตามแหล่งที่มาของเงิน เช่น รายจ่ายจากเงินงบประมาณและเงินนอก งบประมาณ (เงินรายได้หรือเงินบำรุงสถานพยาบาล เงินบริจาค)
- แบ่งตามสกุลเงินตรา เช่น เงินสกุลท้องถิ่น เงินสกุลต่างประเทศ การแบ่งกรณีนี้ นิยมใช้กับประเทศที่มีอัตราแลกเปลี่ยนเงินที่ไม่แน่นอน การคงเงินสกุลเงิน ต่างประเทศไว้ในอีกบัญชีจะมีข้อได้เปรียบในการควบคุมต้นทุน

- แบ่งตามผู้รับภาระ ได้แก่ ต้นทุนภายในโครงการ (Internal Cost) และต้นทุนภายนอกโครงการ(External Cost) หรือต้นทุนของผู้ป่วย(Patient Cost) ต้นทุนของสถานบริการ (Provider Cost) และต้นทุนทางสังคม (Social Cost) (ศุภสิทธิ์ พรธรรมา โนนัย, 2543)

2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับต้นทุนสถานพยาบาล

ต้นทุนโรงพยาบาล (Hospital Cost หรือ Hospital Unit Cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ใช้จัดบริการผู้ป่วยประเภทต่างๆ ต้นทุนโรงพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ต้นทุนดังกล่าวนี้จัดว่าเป็นต้นทุนมาตรฐานต่อหน่วยและจำแนกตามประเภทของการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจึงมีชื่อเรียกเฉพาะว่า “ต้นทุนผู้ป่วยนอกต่อรายหรือต่อครั้ง และต้นทุนผู้ป่วยในต่อวันป่วยหรือต่อราย” ตามลำดับ และต้นทุนโรงพยาบาลยัง หมายถึง ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดของหน่วยงานทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งมีวิธีการและขั้นตอนที่กำหนดไว้โดยเฉพาะโดยลักษณะทั่วไป ของโรงพยาบาลหน่วยงานภายในโรงพยาบาลจะมีลักษณะงานเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทุกหน่วยงาน การหาค่าต้นทุนจึงมีวิธีการแตกต่างกับการหาต้นทุนของกิจการธุรกิจโดยทั่วไป (คณงยุทธ กาญจนกุล, 2529 อ้างใน บวร งามศิริอุดม และทิพาพร เสถียรศักดิ์พงษ์, 2538)

ต้นทุนของบริการสุขภาพเป็นต้นทุนที่วัดปริมาณของทรัพยากรต่างๆ ที่ใช้ไปเพื่อให้ได้มาซึ่งบริการหรือสินค้าที่ต้องการเป็นพื้นฐานของการหาขนาดของการลงทุน การศึกษาต้นทุนของบริการสุขภาพที่ถูกต้องและครบถ้วนจะมีผลถึงการประมาณการเพื่อระดมทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับพัฒนาสุขภาพอย่างเพียงพอ โดยการศึกษาข้อมูลต้นทุนมีประโยชน์ คือ

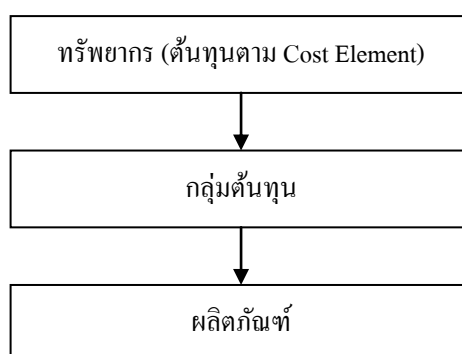
- ใช้ประเมินประสิทธิภาพจากการเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่จะได้ ทำให้รู้ประสิทธิภาพของการดำเนินงาน
- ใช้ประเมินความเป็นธรรมจากการกระจายของต้นทุนบริการที่ให้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ
- ใช้ประเมินลำดับความสำคัญของกิจกรรม ข้อมูลของแผนงานหรือกิจกรรมจะเป็นหลักฐานบ่งบอกว่าการทำงานให้ความสำคัญแก่แผนงานหรือกิจกรรมต่างๆ อย่างไร
- ใช้ฉายภาพในอนาคตเป็นประโยชน์ต่อการคาดการณ์ว่า การลงทุนในด้านสุขภาพจะเป็นเท่าไร ถ้าทรัพยากรลดลงจะมีผลอย่างไร
- ใช้คำนวณอัตราการคืนทุนเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางนโยบายว่า กิจกรรมใดควรมีอัตราคืนทุนเท่าไรจึงจะเหมาะสม และปัจจุบันบรรลุเป้าหมายหรือไม่

จากการที่โรงพยาบาลแบ่งออกเป็นหน่วยต่างๆ ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้จะต้องมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยขึ้นอยู่กับหน้าที่ของหน่วยงานนั้น ๆ และความจำเป็นของผู้ป่วย ไม่มีหน่วยงานใดจะดำเนินการเป็นเอกเทศในการให้บริการผู้ป่วยได้ ฉะนั้นจึงมีการรับและส่งต้นทุนของหน่วยงานในระหว่างหน่วยงานขึ้น และในที่สุดต้นทุนก็จะไปรวมกันอยู่ที่หน่วยงานซึ่งให้บริการผู้ป่วยโดยตรง และเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยหรือจำนวนครั้งของการมารับบริการ จะสามารถหาต้นทุนต่อหน่วยได้

2.4 ระบบบัญชีต้นทุน

2.4.1 ระบบบัญชีต้นทุนแบบเดิม

ในระบบการคิดต้นทุนแบบเก่าจะมีการคิดต้นทุนจากกลุ่มของค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในองค์กรแล้วปันค่าใช้จ่ายเหล่านี้เข้าสู่กลุ่มต้นทุนต่าง ๆ (Cost Pools) ตามเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งซึ่งผู้วางระบบเห็นว่าเหมาะสม ข้อมูลต้นทุนที่ได้ในขั้นตอนนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้บริหารในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ของผู้รับผิดชอบกลุ่มต้นทุนนั้นๆ และขั้นตอนต่อไปก็คือ การนำค่าใช้จ่ายการผลิตซึ่งสะสมอยู่ในแต่ละกลุ่มต้นทุนไปส่วนเข้าสู่ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สิ่งที่มีความสัมพันธ์การปริมาณการผลิต เช่น การใช้ชั่วโมงเครื่องจักร ชั่วโมงแรงงานทางตรง ค่าวัตถุดิบเป็นเกณฑ์ในการปันส่วน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการคำนวณต้นทุนผลิตภัณฑ์ ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากระบบบัญชีต้นทุนแบบเดิมจะเน้นที่ตัวผลิตภัณฑ์และปริมาณการผลิตเป็นสำคัญ จึงเท่ากับเป็นการตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่าผลิตภัณฑ์และปริมาณการผลิต เป็นสาเหตุหลัก ที่ทำให้เกิดต้นทุน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงแล้วค่าใช้จ่ายการผลิตบางประเภท เช่น ค่าใช้จ่ายในการเตรียมการผลิต ค่าขนย้ายวัตถุดิบ การจัดหาบุคลากรเพื่อเตรียมใช้ในการผลิตกลับไม่ได้มีความสัมพันธ์ใดๆ กับปริมาณการผลิต วิธีการคิดต้นทุนแบบเดิมจะมีขั้นตอนตามแผนภูมิดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 5 ขั้นตอนการคิดต้นทุนแบบเดิม

แหล่งที่มาของข้อมูล: ระบบการบริหารต้นทุนกิจกรรม, ดร.วรศักดิ์ ทุมมานนท์

ดร.ชัยสิทธิ์ เกลิมมีประเสริฐ (2544) ระบบบัญชีต้นทุนแบบเดิมมักให้ข้อมูลต้นทุนผลผลิตที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง เนื่องจากการคิดต้นทุนการผลิตแบบเดิมตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่า การใช้ปัจจัยการผลิตต่างๆ ล้วนสัมพันธ์เป็นสัดส่วนโดยตรงกับค่าใช้จ่ายในการผลิตเช่นเดียวกับต้นทุนทางตรงในการผลิต ทำให้ละเลยปัจจัยของปริมาณการใช้กิจกรรมที่จะต้องถูกใช้เป็นเกณฑ์ในการปันส่วนต้นทุนกิจกรรมเข้าสู่ผลผลิต และระบบบัญชีแบบนี้ไม่ช่วยให้ผู้บริหารมองเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในองค์กร ซึ่งการเชื่อมโยงกิจกรรมต่างๆ เข้าด้วยกันจะช่วยให้ผู้บริหารสามารถเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมหนึ่งๆ กับกิจกรรมอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดผลผลิตนั้นๆ ได้ดียิ่งขึ้น

Lawson (2537) ได้กล่าวไว้ว่า การควบคุมต้นทุนในการคิดต้นทุนแบบดั้งเดิมนั้นเป็นไปได้ยาก เพราะ 2 ปัจจัย คือ การคิดต้นทุนแบบดั้งเดิมนั้นไม่ได้ดูถึงการดำเนินกิจกรรมที่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการคนไข้ เช่น การคิดต้นทุนของพยาบาลต่อวันนั้น ไม่ได้มีการดูถึงกิจกรรมต่าง ที่พยาบาลได้ทำแตกต่างกันไปในการบริการคนไข้แต่ละคน เหตุผลข้อที่สอง คือ การคิดต้นทุนส่วนใหญ่ของระบบแบบดั้งเดิมนั้นเป็นการคิดต้นทุนภายในแต่ละแผนก แต่การทำงานในโรงพยาบาลในการบริการคนไข้ 1 คนนั้น จะเป็นการทำงานร่วมกันของหลายๆ แผนก ดังนั้นความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมที่ทำโดยแผนกที่ต่างกัน จึงมีความสำคัญยิ่งในการควบคุมต้นทุน โดย Lawson ได้ทำการวิจัยสำรวจและได้ผลว่า 73% ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการใช้ระบบ ABC จะช่วยให้เข้าใจระบบการทำงานได้ดีกว่าการคิดต้นทุนระบบดั้งเดิม

2.4.2 ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Groups)

1) ความหมายระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Groups)

ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Groups) หรือ DRG เป็นการจัดกลุ่มของอาการของผู้ป่วยที่มีการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกัน โดยสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มของการศัลยกรรม (Surgical DRGs) ซึ่งเป็นกรณีที่ต้องมีการศัลยกรรมหรือการผ่าตัด และกลุ่มของการรักษา (Medical DRGs) ซึ่งเป็นกรณีที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการศัลยกรรมหรือผ่าตัดโดย 60% ของสัดส่วนกลุ่มโรคของ DRGs จะอยู่ในกลุ่มของ Medical DRGs และกลุ่มของโรค DRGs ที่มีอาการคล้ายๆ กัน สามารถที่จะจัดเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ซึ่งจะถูกรเรียกว่า Major Diagnostic Categories (MDCs) ซึ่งส่วนใหญ่จะจัดกลุ่มโดยอิงกลุ่มโรคตามอวัยวะของร่างกาย เป็นต้น (Judith J. Baker, 2545)

ระบบ DRGs มีพื้นฐานการคิดมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจากกลุ่มแพทย์ โดยรวมข้อมูลจากจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ต้นทุนการรักษาพยาบาลต่อคนไข้ และการประมาณค่าใช้จ่ายอื่นๆ จากกลุ่มของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในการที่จะหาค่าเฉลี่ยของต้นทุนที่ใช้ไป (Fetter,R.,D.Brand & Gamache, 2534)

DRGs ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อสะท้อนค่าของต้นทุนเฉลี่ยโดยจ่ายให้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการ และออกจากโรงพยาบาล (per discharge) จึงเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ให้บริการกับองค์กรที่ทำหน้าที่ ในการจ่ายเงินหรือจัดสรรงบประมาณ ซึ่งวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการตามวิธีดั้งเดิม คือ การจ่ายย้อนหลังตามต้นทุนทั้งหมด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้รายจ่ายสูง เพราะผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่จะให้บริการมาก โดยตัวแปรสำคัญที่นำมาใช้ในการจัดกลุ่ม DRGs คือ (ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย, 2542)

1. การวินิจฉัยโรคหลัก
2. วินิจฉัยโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคที่เป็นร่วมด้วย (Comorbidities) หรือโรคแทรกซ้อน (Complications)
3. มีการผ่าตัดอยู่ในการรักษาหรือไม่
4. อายุ
5. สถานะภาพการจำหน่ายผู้ป่วย
6. ข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณค่ามาตรฐาน เช่น จำนวนวันนอน ค่ารักษาที่ต้องการเรียกเก็บ

โดยประโยชน์ของ DRGs นั้น สามารถใช้เป็นเครื่องมือของการจ่ายเงินตามรายผู้ป่วยและช่วยในการจัดสรรงบประมาณ อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นหน่วยวัดของการเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลได้อีก เช่น เปรียบเทียบสาเหตุของความแตกต่างระหว่างระหว่างโรงพยาบาล เปรียบเทียบค่ารักษาหมวดต่างๆ รวมไปถึงการเปรียบเทียบค่ายา เป็นต้น

2) ข้อจำกัดของ DRG

Greene & Metwalli (2544) ได้กล่าวไว้ว่า ระบบ DRGs ได้สะท้อนถึงต้นทุนเฉลี่ยและไม่ได้มีการระบุถึงความสัมพันธ์ทางตรงของต้นทุนหรือการคิดค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อคนไข้เฉพาะรายจากระบบ DRGs โรงพยาบาลจะได้รับการชดเชยรายได้เป็นค่าเฉลี่ยมาตรฐานตามโรคซึ่งมีหลักเกณฑ์แล้วแต่กลุ่มโรคของ DRGs ซึ่งมีผลทำให้โรงพยาบาลใหญ่ๆ หลายแห่งมีกำไรที่ลดลงและขาดทุนในปีแรกที่ใช้ระบบ DRGs โรงพยาบาลในชนบทหลายๆ แห่งของสหรัฐอเมริกาต้องปิดตัวลง

เนื่องจาก DRG ต้นแบบที่สำนักงานการคลังสาธารณสุข(Health Care Financing Administration, HCFA) เป็นผู้พัฒนานั้น เริ่มแรกเพื่อใช้กับโครงการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่ จึงเป็นผู้สูงอายุ การคำนวณค่ามาตรฐานเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นจึงมีข้อผิดพลาดได้ อีกประการหนึ่ง DRG เป็นการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลแบบโรค

เทียบพลัน ดังนั้น จึงไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคจิตเวชหรือผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงพักฟื้นจากโรคเทียบพลัน

ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรนทัย (2542) ได้กล่าวไว้ว่า การจัดกลุ่ม DRG ต้องใช้ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยแต่ละราย ในระยะเริ่มต้นของการใช้ DRG ข้อมูลผู้ป่วยอาจมีข้อผิดพลาดมากถึง 24% (Smith et al 1991) 47% (Donoghue 1992) หรือ 65% (Barnard and Esmond 1981) ในขณะที่ข้อมูลทางคลินิกของบางแห่ง อาจไม่มีข้อผิดพลาดเลย (Butts and Williams 1982) ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยตามลำดับ ได้แก่ หลักฐานในเวชระเบียนไม่ชัดเจนหรือไม่ถูกต้องตรงกันโดยตลอด (inconsistent / unclear documentation) ไม่ทำตามกฎของการให้รหัส (coding rules not followed) วินิจฉัยโรคหลักไม่ชัดเจน (ambiguous principal diagnosis) ให้รหัสไม่ครบ (missing code) และความผิดพลาดของพนักงาน (clerical error) ความผิดพลาดเหล่านี้ มีผลให้เปลี่ยนกลุ่ม DRG ถึง 9% ของความผิดพลาด และการเปลี่ยนแปลงกลุ่ม DRG นี้ ทำให้โรงพยาบาลได้รับเงินเพิ่มมากขึ้น 63% ของผู้ป่วยที่กลุ่ม DRG เปลี่ยนแปลง (Donoghue 1992)

Smith et al (1991) ประเมินข้อผิดพลาดของข้อมูล DRG เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อซึ่งน่าจะมีความชัดเจนของรหัส และน่าจะมีความผิดพลาดน้อย แต่ก็พบว่ามีความผิดพลาดถึง 24% ความผิดพลาดส่วนใหญ่เป็นจากการไม่ลงรหัสในฐานข้อมูล การให้รหัสผิด รวมทั้งการจัดกลุ่ม DRG ผิดเนื่องจากการต้องแปลงรหัสจากรหัส OPCS ที่ใช้ในอังกฤษเป็นรหัส ICD9CM ก่อนที่จะให้ software จัดกลุ่ม DRG

ดังนั้น การปรับข้อมูลทางคลินิกให้ถูกต้องจะเป็นบรรทัดฐานสำคัญที่เพิ่มความเชื่อมั่นของการนำ DRG ไปใช้มากขึ้น การทำให้ข้อมูลถูกต้องจึงเป็นประเด็นสำคัญของการพัฒนาคุณภาพของเวชระเบียนผู้ป่วยแต่ละรายให้ดีขึ้น การพัฒนาเจ้าหน้าที่รหัสทางการแพทย์และพัฒนาระบบตรวจสอบเวชระเบียน (medical record audit)

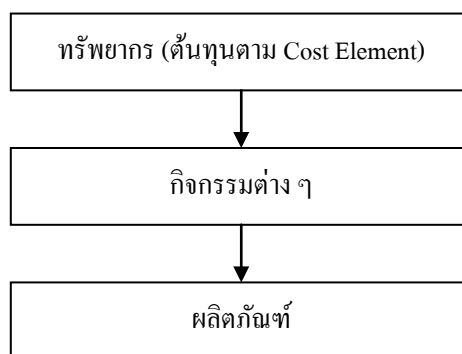
Sheingold (2529), Sheingold & Richter (2535), Shawartz and Lenard (2537) ได้กล่าวว่า ระบบ DRGs ว่าเป็นเครื่องมือที่ไม่เพียงพอในการวัดความรุนแรงของโรค ประกอบกับความคลุมเครือในการจัดกลุ่มและพื้นฐานข้อมูลสำหรับการจ่ายเงินที่ไม่เพียงพอ จึงมีการเสนอที่จะให้มีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลง

Rosenberg & Browne (2544) ได้กล่าวถึงว่า ถ้าโรงพยาบาลให้บริการโดยเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ที่ทาง DRGs ระบุไว้ ก็จะทำให้โรงพยาบาลมีกำไรที่มากขึ้น หรืออีกวิธีที่จะทำให้โรงพยาบาลมีกำไรมากขึ้นก็คือ การปรับระดับรหัสของ DRG ให้เพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้การจ่ายเงินย้อนหลังตามต้นทุนทั้งหมดมากขึ้นนั่นเอง

2.4.3 ระบบต้นทุนกิจกรรม (Activity-Based Costing)

1) ความหมายระบบต้นทุนกิจกรรม (Activity-Based Costing)

ระบบการคิดต้นทุนกิจกรรม หรือ ABC เป็นระบบที่คิดค้นโดย Robin Cooper, Robert Kaplan และ H. Thomas Johnson (Cooper, 1988a; 1988b; 1990; Cooper and Kaplan, 1988; Johnson, 1990) ซึ่งเป็นระบบการบริหารต้นทุนที่จะทำให้ผู้บริหารสามารถที่จะรู้ถึงต้นทุนในกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในองค์กร การระบุกิจกรรมจะช่วยให้ทราบว่าการดำเนินงานขององค์กรประกอบไปด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง ตลอดจนเวลาที่ใช้ไปในแต่ละกิจกรรม รวมถึงผลได้จากการประกอบกิจกรรมเหล่านั้น กิจกรรม (Activity) ในที่นี้จะหมายถึงการกระทำใดก็ตามที่เปลี่ยนทรัพยากรขององค์กร (เช่น วัตถุดิบ แรงงานและทรัพยากรต่างๆ) ออกมาเป็นผลลัพธ์ ดังนั้น ระบบ ABC จึงประกอบไปด้วย การกำหนดกิจกรรม การคิดต้นทุนกิจกรรมและการวัดผลการปฏิบัติงาน ระบบ ABC เป็นการจำลองการใช้ทรัพยากรขององค์กรไปในกิจกรรมต่างๆ โดยที่ต้นทุนกิจกรรมต่างๆ จะมีการปันส่วนเข้าสู่ Cost Object ไม่ว่าจะเป็นต้นทุนผลิตภัณฑ์ บริการลูกค้า ตามปริมาณการใช้กิจกรรมของ Cost Object นั้นๆ เป็นส่วนสำคัญ นอกจากนี้ระบบ ABC ยังถือว่ากิจกรรมสนับสนุนต่างๆ เกิดขึ้นก็เพื่อการดำเนินงานต่างๆ เป็นไปได้และไม่ได้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดต้นทุนขึ้น ดังนั้นในขั้นตอนแรกของระบบ ABC จึงเป็นการปันส่วนต้นทุนตามรหัสบัญชีหรือตาม Cost Element เข้าสู่กิจกรรมต่างๆ ต้นทุนใดที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมเพียงกิจกรรมเดียว ก็จะระบุเข้าสู่กิจกรรมนั้นๆ โดยตรง แต่ถ้าต้นทุนนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากหลายกิจกรรมด้วยกัน ก็จะต้องมีการปันส่วนต้นทุนดังกล่าวเข้าเป็นต้นทุนของกิจกรรมโดยใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่ง โดยวิธีการคิดต้นทุนแบบ ABC จะมีขั้นตอนตามแผนภูมิดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 6 ขั้นตอนการคิดต้นทุนแบบกิจกรรม

แหล่งที่มาของข้อมูล : ระบบการบริหารต้นทุนกิจกรรม (Cooper 1987a; Cooper, 1987b)

ระบบ ABC ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่ากิจกรรมเป็นสิ่งทำให้เกิดต้นทุน ดังนั้นขั้นตอนแรกจึงเป็นเรื่องของการปันส่วนต้นทุนตาม Cost Element เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการลงทะเบียนเพื่อเข้าสู่กิจกรรมของการ “ลงทะเบียน” ในกรณีที่ไม่สามารถปันส่วนค่าใช้จ่ายการผลิตบางรายการเข้าสู่กิจกรรมต่างๆ ได้โดยอาศัยการประมาณอย่างมีหลักเกณฑ์ การทำ Cost Mapping ก็จะต้องเป็นไปในลักษณะที่ต้องอาศัยดุลพินิจส่วนตัว (Arbitrary Allocation) เข้าช่วยเกณฑ์ที่ใช้ในการปันส่วนในลักษณะนี้จะเรียกว่า ฐานปันส่วน แต่ถ้าหากสามารถทราบความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายรายการนั้นๆ กับกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้อย่างเด่นชัด หรือสามารถประมาณได้อย่างสมเหตุผล เช่น เงินเดือนบุคลากร ซึ่งอาจจะมาจากการสังเกตการณ์ สัมภาษณ์เกี่ยวกับสัดส่วนของเวลาหรือน้ำหนักรงานที่พนักงานใช้ไปในกิจกรรมต่างๆ เกณฑ์ที่ใช้เป็นฐานในการปันส่วนค่าใช้จ่ายต่างๆ เข้าสู่กิจกรรมดังกล่าวก็จะเรียกว่าตัวผลักดันทรัพยากร (Resource Driver) (ดร.วรศักดิ์ ทุมมานนท์, 2544)

ระบบ ABC เป็นระบบบริหารต้นทุนซึ่งเชื่อมโยงข้อมูลต้นทุนกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนข้อมูลผลิตภัณฑ์เข้าด้วยกันโดยรวมไปถึงต้นทุนทางอ้อมในแต่ละกิจกรรม ซึ่งจะประโยชน์ต่อผู้บริหารในการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารงานและการตัดสินใจทางการเงิน (Greene & Metwalli, 2544) โดยการระบุต้นทุนทรัพยากรต่างๆ ที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมและเชื่อมโยงเข้ากับตัวผลิตภัณฑ์หรือบริการหรือลูกค้าที่ใช้กิจกรรมนั้นๆ โดยตรง ในขณะที่ระบบบัญชีต้นทุนแบบเดิมจะเน้นตัวผลิตภัณฑ์และปริมาณการผลิตและใช้สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการผลิตเป็นเกณฑ์สำคัญในการปันส่วนค่าใช้จ่ายการผลิตเข้าสู่ตัวผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อกำหนดมูลค่าสินค้าคงเหลือและต้นทุนขายเป็นสำคัญ

2) กระบวนการของ ABC

ในการเริ่มการคิดต้นทุนโดยใช้ระบบของ ABC สามารถแบ่งออกได้เป็นขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. กำหนดตัวผลิตและบริการขององค์กร
2. กำหนดและวิเคราะห์กิจกรรมเพื่อที่จะกำหนดชุดของกิจกรรมที่จำเป็นต้องใช้เพื่อให้เกิดตัวผลิตหรือบริการ
3. กำหนดตัวผลักดันกิจกรรม (Activity Driver) ซึ่งเกี่ยวข้องกับแต่ละกิจกรรม Activity Driver เป็นสาเหตุหรือสิ่งที่ผลักดันให้เกิดต้นทุนของแต่ละกิจกรรม ในกรณีที่ไม่สามารถที่จัดสรรต้นทุนได้อย่างชัดเจนในแต่ละกิจกรรมที่เกิดขึ้นสามารถใช้เกณฑ์จากความสมเหตุผล (Reasonableness) ต้นทุนบางประเภท

ไม่สามารถเชื่อมโยงไปยังต้นเหตุในการผลิตหรือการได้รับผลประโยชน์ ดังนั้น การแบ่งปันต้นทุนจึงเป็นไปตามความยุติธรรมและความสมเหตุสมผล

4. ระบุต้นทุนทางตรงและปันส่วนต้นทุนทางอ้อมเข้าสู่กิจกรรมต่างๆ โดยพิจารณาจากปริมาณการใช้ตัวผลักดันกิจกรรมของแต่ละผลผลิตหรือบริการ
5. เชื่อมโยงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวผลผลิตหรือบริการที่เกี่ยวข้อง และปันส่วนต้นทุนทรัพยากรที่ใช้ไปในกิจกรรมต่าง ๆ เข้าสู่ตัวผลผลิตหรือบริการนั้นๆ
6. กำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว ตลอดจนปัจจัยสำคัญที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ
7. บริหารและควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานที่เป็นตัวก่อให้เกิดตัวผลผลิตหรือบริการนั้นๆ ตลอดจนประเมินความมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพของกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้น

3) กิจกรรมและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับระบบ ABC

กิจกรรม หมายถึง กระบวนการ (Process) หรือวิธีการ (Procedures) ที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานขึ้นในองค์กร ซึ่งจะนำไปสู่ผลผลิตขององค์กรนั่นเอง ดังนั้น กิจกรรมจึงเป็นการผสมผสานปัจจัยในการผลิตอันได้แก่ แรงงาน วัตถุดิบ อุปกรณ์ วิธีการและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เข้าด้วยกันเพื่อก่อให้เกิดตัวผลผลิตหรือบริการขึ้น

กิจกรรมจะเป็นตัวสะท้อนให้เห็นว่าองค์กรได้มีการปฏิบัติอะไรบ้าง ใช้เวลาในการประกอบกิจกรรมอย่างไร ตลอดจนมีผลได้อะไรบ้างที่เกิดจากการประกอบกิจกรรมหรือจากกระบวนการนั้น ดังแผนภูมิดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 7 แบบจำลองการบริหารกิจกรรม

แหล่งที่มาของข้อมูล: มาตรฐานการจัดการทางการเงิน 7 Hurdles กับการจัดทำงบประมาณระบบใหม่, ดร. ชัยสิทธิ์ เกลิมมีประเสริฐ

4) ทางเลือกในการวิเคราะห์กิจกรรม

ในทางปฏิบัติการกำหนดและวิเคราะห์กิจกรรมสามารถทำได้หลายวิธี แต่โดยทั่วไปแล้วจะดำเนินการใน 3 วิธี คือ

- พิจารณาจากโครงสร้างสายการบังคับบัญชาขององค์กร (The Organization Approach) เป็นการพิจารณารายละเอียดกิจกรรมตามศูนย์สุขภาพชุมชน ความรับผิดชอบหรือตามหน่วยงาน การระบุกิจกรรมลักษณะนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ค่อนข้างง่ายและสามารถเข้าใจได้ง่าย แต่วิธีนี้มีข้อเสียคือ ไม่ช่วยให้มองเห็นถึงความเกี่ยวเนื่องระหว่างกิจกรรมของหน่วยงานต่าง ๆ ในองค์กร
- พิจารณาจากหน้าที่การงาน (The Function Approach) เป็นการกำหนดจากการวิเคราะห์หน่วยกิจกรรม โดยพิจารณาจากหน้าที่การงาน นั่นคือ จะร้อยเรียงกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เดียวกัน เข้าด้วยกัน
- พิจารณาจากลูกโซ่คุณค่าทางองค์กร (The Business Value Chain Approach) หรือพิจารณาจากกระบวนการทางองค์กร ซึ่งเป็นการวิเคราะห์กิจกรรมโดยพิจารณาจากลำดับหรือทางเดินของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกัน วิธีนี้จำเป็นต้องอาศัยการเข้าไปสังเกตการณ์ประกอบ จึงมีข้อดีคือช่วยให้ได้มาซึ่งข้อมูลกิจกรรมที่สามารถเชื่อมโยงได้กับวัตถุประสงค์ด้านต่าง ๆ ขององค์กร ตลอดจนทราบเวลาที่ใช้ไปในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการนั้น ๆ ได้อีกด้วย

5) ตัวหลักต้นทุนทรัพยากรและตัวหลักต้นทุนกิจกรรม

● ตัวหลักต้นทุนทรัพยากร (Resource Driver)

ในขั้นตอนการปันส่วนในระบบ ABC ต้นทุนทรัพยากรต่างๆ จะถูกปันส่วนเข้าสู่กลุ่มต้นทุนกิจกรรม ตัวหลักต้นทุนที่นำมาใช้ในการปันส่วนต้นทุนเหล่านี้จะเรียกว่า ตัวหลักต้นทุนทรัพยากร (Resource Driver) ซึ่งสามารถทำได้ 3 วิธี คือ

1. การปันส่วนทางตรง (Direct Charging Allocation) มักจะนำมาใช้ในกรณีที่สามารถทราบปริมาณทรัพยากรที่ใช้ไปจริงในแต่ละกิจกรรมได้โดยเด่นชัด เช่น อุปกรณ์หรือวัสดุที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม
2. การปันส่วนโดยอาศัยการประมาณ (Estimation Allocation) มักนำมาใช้ในกรณีที่ไม่สามารถที่จะวัดปริมาณการใช้ทรัพยากรไปในกิจกรรมต่างๆ ได้โดยตรง จึงจำเป็นต้องหาข้อมูลจากการดำเนินงานมาใช้ประกอบการ

วิเคราะห์ตัวหลักต้นทุนทรัพยากร โดยส่วนใหญ่ตัวหลักต้นทุนทรัพยากรมักจะอยู่ในรูปน้ำหนักของงานหรือสัดส่วนเวลาที่ใช้ไปในกิจกรรมต่าง ๆ

3. การปันส่วนโดยอาศัยดุลยพินิจเข้าช่วย (Arbitrary Allocation) เป็นวิธีที่ตรงกันข้ามกับวิธีแรก การปันส่วนวิธีนี้มักใช้ตัวหลักต้นทุนกิจกรรมที่อาจไม่มีความสัมพันธ์ใดๆกับการใช้กิจกรรมของผลผลิตหรือบริการนั้นๆ

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ใช้เพียงการปันส่วนทางตรงและการประมาณเท่านั้น.

- **ตัวหลักต้นทุนกิจกรรม (Activity Driver)**

ตัวหลักต้นทุนกิจกรรมเป็นเกณฑ์ที่นำมาใช้ในการปันส่วนต้นทุนกิจกรรมในแต่ละกลุ่มต้นทุนกิจกรรมเข้าสู่ผลผลิตหรือบริการ นั่นคือ ข้อมูลต้นทุนผลผลิตจะมีความถูกต้อง และสอดคล้องกับกระบวนการผลิตมากน้อยเพียงใด จะขึ้นอยู่กับตัวหลักต้นทุนกิจกรรมที่เลือกมาใช้ว่ามีความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลกับกิจกรรมนั้นๆ มากน้อยเพียงใด สำหรับการปันส่วนต้นทุนกิจกรรมที่อยู่ในแต่ละกลุ่มต้นทุนกิจกรรมเข้าสู่ผลผลิตหรือบริการ อาจทำได้ 3 วิธีคือ

1. การปันส่วนทางตรง (Direct Charging Allocation) มักจะนำมาใช้ในกรณีที่สามารถทราบปริมาณทรัพยากรที่ใช้ไปจริงในแต่ละกิจกรรมได้โดยเด่นชัด เช่น ค่าyarรักษา ค่าแรงในการผลิตผลผลิตนั้นๆ
2. การปันส่วนโดยการประมาณ (Estimation Allocation) วิธีนี้เป็นการดำเนินการโดยอาศัยเทคนิคทางสถิติเข้าช่วย เช่น การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลระหว่างต้นทุนกิจกรรมกับตัวหลักต้นทุนกิจกรรมที่เลือกมานั้น
3. การปันส่วนโดยอาศัยดุลยพินิจเข้าช่วย (Arbitrary Allocation) เป็นวิธีที่ตรงกันข้ามกับวิธีแรก การปันส่วนวิธีนี้มักใช้ตัวหลักต้นทุนกิจกรรมที่อาจไม่มีความสัมพันธ์ใดๆกับการใช้กิจกรรมของผลผลิตหรือบริการนั้น ๆ

ตัวหลักต้นทุนกิจกรรมจะเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมากเพราะจะส่งผลกระทบต่อจำนวนตัวหลักต้นทุนทรัพยากร ซึ่งจะเชื่อมโยงและเป็นผลกับต้นทุนผลผลิตที่มีความถูกต้องในระดับที่ต้องการ ดังนั้น ยังใช้ตัวหลักต้นทุนกิจกรรมเป็นจำนวนมากขึ้นเท่าใด ความถูกต้องของต้นทุนผลผลิตก็ย่อมมีมากขึ้นเท่านั้น

6) ปัจจัยที่จะช่วยให้ระบบ ABC ประสบความสำเร็จ

การที่จะทำให้ระบบ ABC ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลที่จะนำมาอ้างอิงในการคิดต้นทุนแต่ละกิจกรรม ข้อมูลเหล่านี้จะต้องอาศัย การวิเคราะห์และมีเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการคำนวณ ปัจจัยที่จะช่วยให้การพัฒนาระบบ ABC ประสบความสำเร็จ (ดร.ชัยสิทธิ์ เกลิมมีประเสริฐ, 2544) มีดังต่อไปนี้

1. ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในตัวผลผลิตและบริการและกิจกรรมที่ก่อให้เกิดตัวผลผลิตหรือบริการนั้น ๆ
2. การออกแบบและพัฒนาระบบการบริหารต้นทุนจะต้องเกิดจากการตัดสินใจที่เชื่อมโยงตัวผลผลิตและบริการกับต้นทุนที่เกี่ยวข้อง
3. กิจกรรมที่กำหนดขึ้นในแต่ละหน่วยงานควรเป็นกิจกรรมในระดับสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อสนองตอบความต้องการในการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของพนักงานทุกฝ่ายในองค์กร โดยพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ไม่มีสาระสำคัญ หรือการกำหนดกิจกรรมที่ลงลึกในรายละเอียดมากเกินไป
4. การกำหนดตัวผลักดันกิจกรรม ควรมีความชัดเจนเพียงพอที่จะช่วยให้สามารถปันส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมเข้าสู่ผลผลิตหรือบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Yee-Ching Lilian Chan (2536) ได้ทำการศึกษาถึงการปรับปรุงต้นทุนทางบัญชีของโรงพยาบาล โดยใช้ระบบการคิดต้นทุนแบบกิจกรรม (ABC) ในการศึกษาต้นทุนของห้องทดลองในโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับการคิดต้นทุนแบบดั้งเดิม ซึ่งปรากฏว่า การคิดต้นทุนแบบกิจกรรม (ABC) ให้ต้นทุนต่อหน่วยที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากกว่าในการคิดต้นทุนของสินค้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสินค้าที่มีต้นทุนทางอ้อมเป็นสัดส่วนใหญ่ของต้นทุนของสินค้า โดยมีข้อเสนอแนะว่า หลักในการคิดต้นทุนนั้นจะประกอบไปด้วย ค่าใช้จ่าย ของการเก็บข้อมูลหรือวัดผล (Cost of Measurement) และ ค่าใช้จ่ายของการคิดต้นทุนที่ผิดพลาด (Cost of Errors) โดยต้นทุนของการเก็บข้อมูลนั้นจะมีค่าใช้จ่าย

ที่ต่ำกว่าสำหรับการคิดต้นทุนแบบดั้งเดิมเมื่อเทียบกับระบบการคิดต้นทุนแบบ ABC ในขณะเดียวกัน ต้นทุนของการคิดต้นทุนที่ผิดพลาด จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าในการคิดต้นทุนแบบดั้งเดิม

ดังนั้นการคิดต้นทุนแบบกิจกรรมควรจะถูกใช้แทนที่การลดค่าใช้จ่ายของการคิดต้นทุนที่ผิดพลาด (Cost of Errors) จะต้องมียกกว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการเก็บข้อมูล (Cost of Measurement) หรืออีกนัยหนึ่งควรจะถูกใช้ถ้าประโยชน์ที่ได้รับมีมากกว่าต้นทุนที่เพิ่มขึ้นสำหรับการเก็บข้อมูล ดังนั้น ถ้าองค์กรหรือโรงพยาบาลที่มีการบริหารงานไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ระบบการคิดต้นทุนแบบ ABC จะสามารถช่วยผู้บริหารในการดูถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายใน ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูงและไม่ก่อให้เกิดคุณค่าใดๆ ให้กับตัวสินค้าหรือบริการ

Roztock, Valenzuela, Porter, Monk and Needy (2542) ได้ศึกษาถึงขบวนการในการนำระบบ ABC ไปแทนที่ระบบบัญชีแบบเก่าในบริษัทขนาดเล็ก ซึ่งมีพนักงานน้อยกว่า 100 คน ซึ่งได้ผลออกมาว่า การนำ ABC มาใช้นั้น จะมีต้นทุนที่สูงและค่อนข้างจะยุ่งยากในการติดตั้งระบบ และต้องมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานขององค์กรในบางส่วน อีกทั้งยังต้องลงทุนในส่วนของ Hardware และ Software อุปกรณ์สำหรับการเก็บข้อมูล ดังนั้น ABC จึงถูกนำไปใช้เฉพาะในองค์กรใหญ่ๆ ที่มีเงินทุนเพียงพอที่จะลงทุนในระบบนี้

ศุภกิจ จันทวิสุทธิเลิศ (2542) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการคิดต้นทุนแบบกิจกรรมและแบบเดิม สำหรับการผลิตแบบสั่งผลิตแม่พิมพ์ฉีดพลาสติก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงสร้างต้นทุนของการผลิตแม่พิมพ์โดยใช้วิธีคิดต้นทุนแบบกิจกรรมและนำผลที่ได้เปรียบเทียบกับโครงสร้างต้นทุนแบบเดิม โดยใช้กรณีศึกษาของโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนพลาสติกที่มีหน่วยงานผลิตแม่พิมพ์เป็นของตนเอง การวิจัยได้เก็บรวบรวมและจำแนกข้อมูลต้นทุนและข้อมูลลักษณะการผลิตของแม่พิมพ์ จากการศึกษาพบว่ากับคิดต้นทุนแบบกิจกรรมสามารถประยุกต์ใช้ได้ดีกับการคิดต้นทุนการผลิตแม่พิมพ์ฉีดพลาสติก และสะท้อนต้นทุนแม่พิมพ์ได้ชัดเจนและสมเหตุสมผลกว่าวิธีการคิดต้นทุนแบบเดิม อย่างไรก็ตามการคิดต้นทุนแบบกิจกรรมมีความยุ่งยากในการเก็บข้อมูลมากกว่าวิธีเดิม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะแนวทางการผสมผสานการใช้งานของทั้งสองแนววิธี คือถ้าต้องการความละเอียดและแม่นยำควรเลือกวิธีการแบบกิจกรรม แต่ถ้าต้องการความรวดเร็วและยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 20% ก็ควรเลือกวิธีการคิดแบบเดิมโดยอิงเวลาการทำงานของเครื่องจักร

Needy, K.L.S. (2536) ได้ทำการศึกษาและเปรียบเทียบวิธีการคิดต้นทุนระหว่างการคิดต้นทุนแบบกิจกรรม (Activity Based Costing) กับวิธีการคิดต้นทุนแบบเดิม (Traditional Cost Accounting) ซึ่งได้ผลปรากฏว่า วิธีแบบ ABC จะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าวิธีการคิดต้นทุนแบบเดิมภายในได้ 3 ปีวิจัย คือ ชนิดของอุตสาหกรรม ความเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและความยุ่งยากในการผลิตสินค้า

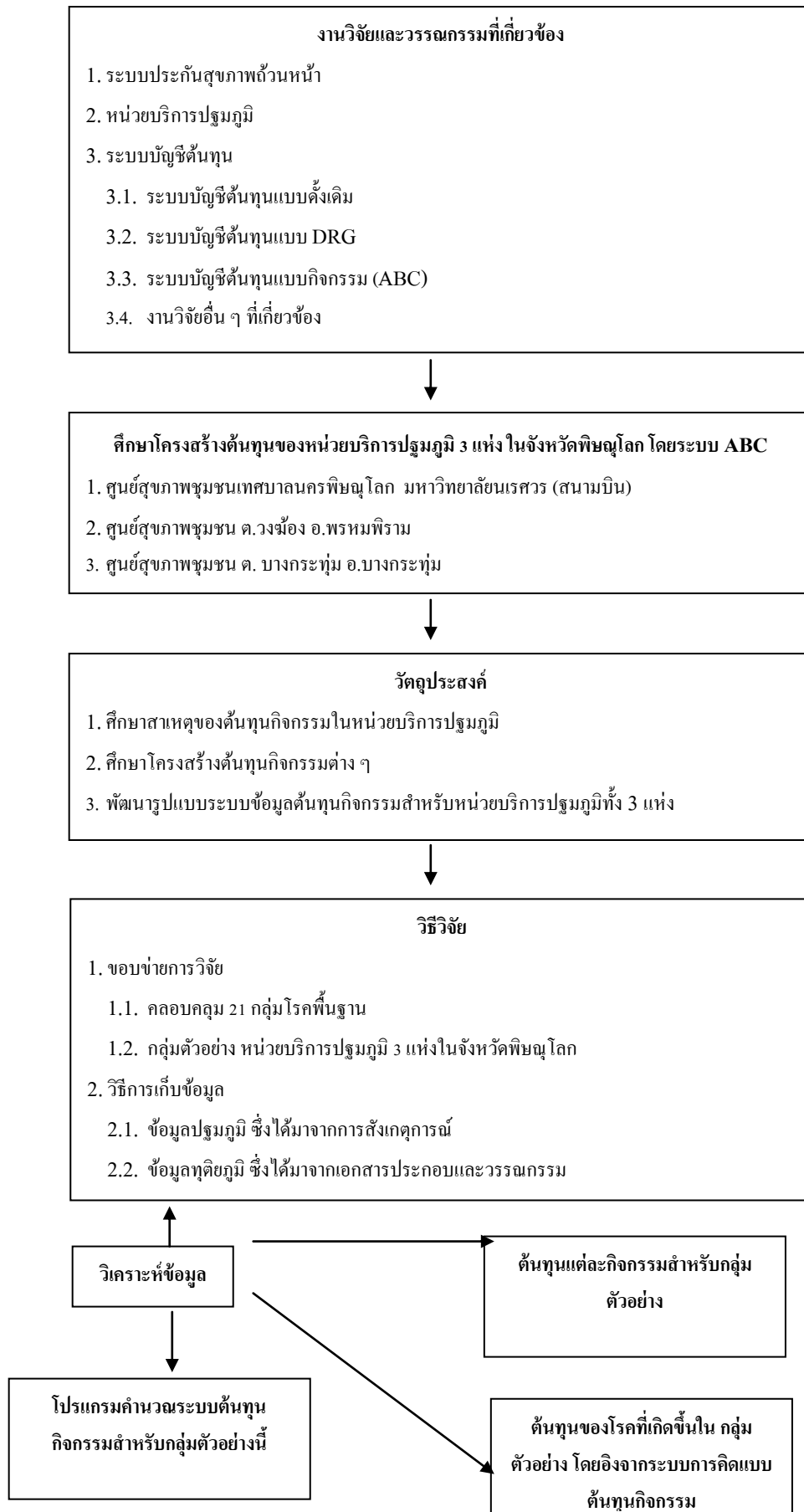
จากผลลัพธ์ที่ได้ ระบบ ABC จะใช้ได้ดีกว่า ระบบการคิดต้นทุนแบบเดิมในทุกๆ ชนิดของอุตสาหกรรม ภายใต้อสภาพแวดล้อมที่ ถ้าสภาพแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงระบบ ABC ก็จะมีประสิทธิภาพน้อยลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอีก 2 ปัจจัยที่เหลือว่า มีความยุ่งยากและซับซ้อนมากน้อยแค่ไหน Ramsey (2537) ได้กล่าวไว้เช่นกันว่า ระบบ ABC ได้ประสบความสำเร็จในการใช้คิดต้นทุนในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งน่าจะให้ผลลัพธ์ในทางที่ดีเช่นเดียวกันกับโรงพยาบาล

ไบแสง (2541) ได้ทำการศึกษาถึงระบบบัญชีต้นทุนของโรงงานอุตสาหกรรมในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้วิธีการคิดต้นทุนแบบเดิมและค้นพบว่า ระบบการคิดบัญชีต้นทุนแบบเดิมนั้น ให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอและคลาดเคลื่อนสำหรับต้นทุนของการผลิต ผู้วิจัยได้ทำการเสนอว่า ระบบการคิดต้นทุนแบบกิจกรรมจะให้ข้อมูลที่ละเอียดกว่าในด้านของต้นทุนการผลิตและค่าเสียหายที่ถูกใช้ไปในแต่ละกิจกรรมหรือขบวนการผลิต ซึ่งจะช่วยให้องค์กรสามารถตั้งราคาขายให้กับสินค้าได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ

นาวิ ชัยดำรงค์ (2520) ได้ทำการศึกษาถึงการใช้ระบบบัญชีต้นทุนเพื่อใช้ในการคำนวณต้นทุนในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งพบว่าระบบนี้จะมีการคำนึงถึงต้นทุนของกิจกรรมที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับขบวนการผลิตหรือกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผลผลิต เช่น เวลาที่เครื่องจักรไม่ได้ทำงาน เป็นต้น ซึ่งการวิจัยทำให้ทราบถึงต้นทุนของกิจกรรมเหล่านี้ ซึ่งในการคิดระบบต้นทุนแบบเดิมหรือแบบอื่นๆ มักจะละเลยการคิดต้นทุนเหล่านี้

Needy และ Bidanda (2538) ได้กล่าวไว้ว่า ABC ถูกนำไปใช้ในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่มาก แต่อุตสาหกรรมขนาดเล็กที่มีพนักงานน้อยกว่า 100 คน มีการนำระบบต้นทุนกิจกรรมไปใช้ในอัตราส่วนที่น้อยมาก เพราะว่าระบบบัญชีแบบต้นทุนกิจกรรมต้องการข้อมูลมาก ซึ่งองค์กรเล็กๆ ไม่มีระบบที่ดีเพียงพอในการที่จะรวบรวมหรือเก็บข้อมูลเหล่านี้ได้อย่างแม่นยำและเพียงพอ ซึ่งการที่จะเก็บข้อมูลเหล่านี้ให้เพียงพออาจจะก่อให้เกิดต้นทุนที่แพงขึ้น ซึ่งบริษัทหรืออุตสาหกรรมขนาดเล็กๆ ไม่สามารถที่จะจัดสรรเงินไปในเรื่องเหล่านี้ได้

2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา



บทที่ 3

วิธีการวิจัย

คณะผู้วิจัยจะทำการศึกษาโครงสร้างต้นทุนสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดพิษณุโลก เพื่อสนับสนุนการบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ระบบการบริหารต้นทุนแบบกิจกรรมเป็นพื้นฐาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาถึงสาเหตุและโครงสร้างต้นทุนกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดต้นทุนกิจกรรมหน่วยบริการปฐมภูมิใน 3 แห่ง ในจังหวัดพิษณุโลก เพื่อเป็นประโยชน์ในการทราบถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรมและโรค โดยรายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัยในหัวข้อดังกล่าวข้างต้นมีดังนี้

3.1 ขอบข่ายของการวิจัย

1. กลุ่มโรค

กลุ่มโรคที่ทำการศึกษาจะอิงจาก 21 กลุ่มโรคมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (รง. 501) และจากช่วงระยะเวลาที่มีการเก็บข้อมูล ของแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 3 แห่งในจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งแต่ละศูนย์อาจจะมีโรคที่คนไข้มาใช้บริการไม่เหมือนกัน ทั้งนี้กลุ่มโรคดังกล่าว อาจจะมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งขึ้นอยู่กับช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลว่าจะได้กลุ่มโรคดังกล่าวมาน้อยเพียงใด และขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนด้วย

2. กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นที่จะศึกษากลุ่มเป้าหมายที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ 3 แห่งในจังหวัดพิษณุโลก คือ

- 2.1. ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลนครพิษณุโลก มหาวิทยาลัยนเรศวร (สนามบิน) โดยความร่วมมือกับเทศบาลนครพิษณุโลก และโรงพยาบาลพระพุทธชินราช พิษณุโลก
- 2.2. ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.วังน้อ อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลระดับ Main Contractor คือ โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
- 2.3. ศูนย์สุขภาพชุมชน ต. บางกระทุ่ม อ.บางกระทุ่ม จ.พิษณุโลก ที่อยู่ภายในโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์ทั้งหมด จะใช้สูตรประมาณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร โดยใช้สูตร

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2}{4e^2}$$

เมื่อ e คือ ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า

$Z_{\alpha/2}$ คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น $(1 - \alpha) \%$

α คือ ระดับนัยสำคัญ ซึ่งในงานวิจัยนี้จะใช้ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ในงานวิจัยนี้ ต้องการประมาณค่าสัดส่วนประชากร ให้มีความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% ด้วยความเชื่อมั่น

95% จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้คือ

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2}{4e^2} = 384$$

นั่นคือ ต้องใช้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 384 ตัวอย่างขึ้นไป สำหรับงานวิจัยครั้งนี้จะใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 800 หน่วยตัวอย่าง (ผู้ให้บริการ) ซึ่งจะกระจายไปในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ 3 แห่ง โดยจำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่จะใช้ในการวิจัยในฉบับนี้ จะทำการแบ่งด้วยวิธีการจัดสรรตามสัดส่วน (Proportional Allocation) ของความถี่ของผู้มาใช้บริการในแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชน ดังตารางข้างล่างนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ	ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลนครพิษณุโลกมหาวิทยาลัยนเรศวร (สนามบิน)	ศูนย์สุขภาพชุมชนต.บางกระทุ่ม อ.บางกระทุ่ม จ.พิษณุโลก	ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.วงษ์ อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก	รวม
จำนวนตัวอย่างผู้ให้บริการ	200	200	400	800

3.2 วิธีการเก็บข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้จะใช้การสังเกตการณ์จากการทำงานจริงในแต่ละกิจกรรมและบันทึกลงในแบบสังเกตการณ์เป็นหลักเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์หาต้นทุนของศูนย์กิจกรรมชุมชนของแต่ละโรคในพื้นที่ตัวอย่างแต่ละแห่ง โดยจะจัดให้มีทีมซึ่งจะคอยเก็บข้อมูลของคนไข้แต่ละคนที่มาใช้บริการผ่านในแต่ละกิจกรรม ข้อมูลบางส่วนจะเก็บจากแหล่งทุติยภูมิ เช่น บัญชีรายจ่ายบัญชีของต้นทุนวัสดุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ เป็นต้น ซึ่งแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชน ได้ทำการบันทึกเก็บไว้ โดยจะใช้ข้อมูลย้อนหลังไปประมาณ 1 ปี

โดยในส่วนของข้อมูลที่จะนำมาใช้อ้างอิงในการทำวิจัยในครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลปฐมภูมิ คือ ข้อมูลการทำงานจริง ข้อมูลนี้จะได้มาจากการสำรวจและสังเกตการณ์จริง เพื่อให้ทราบถึงเวลาการทำงานของบุคลากร แพทย์ พื้นที่อุปกรณ์ วัสดุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์จริง เป็นต้น ที่ถูกใช้ไปในแต่ละกิจกรรม

2. ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งได้จากเอกสารประกอบและวรรณกรรมที่อยู่ในขอบเขตของการวิจัยในครั้งนี้

3.3 วิธีดำเนินการวิจัย

คณะผู้วิจัย ได้วางขั้นตอนและวิธีในการดำเนินงานวิจัย ไว้ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาและวิเคราะห์ ระบบการทำงานปัจจุบัน (Existing System) และกิจกรรมต่างๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่วิจัยและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ตัวอย่างที่ศูนย์สุขภาพชุมชน (หัวทะเล) จังหวัดนครราชสีมา เพื่อที่จะคิดต้นทุนกิจกรรมในแต่ละหน่วย พร้อมทั้งแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยคำถามดำเนินงานดังนี้
 - 2.1. กำหนดขอบเขตการดำเนินงาน พื้นที่ครอบคลุมโรงพยาบาล บริการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง (Formalize Project Scope) ของบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในที่นี้ได้ใช้วิธีแบบพิจารณาจากลูกโซ่คุณค่าทางองค์กร (The Business Value Chain Approach) หรือพิจารณาจากกระบวนการทางองค์กร ซึ่งเป็นการวิเคราะห์กิจกรรม โดยพิจารณาจากลำดับหรือทางเดินของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกัน โดยมีขอบเขตพื้นฐานครอบคลุม กระบวนการหลักทั้งหมด เพียงแต่กิจกรรมภายในศูนย์เอง 7 กิจกรรม แต่จะไม่รวมถึงการบริหารการจัดการนิเทศงาน การประเมินผล 2 กิจกรรมและกิจกรรมของชุมชนโดยชุมชน 1 กิจกรรม
 - 2.2. ศึกษา และ วิเคราะห์ เพื่อกำหนด ตัวแปร ที่ใช้ในการวิจัย (Identify Activities Driver, Resource Driver, Process)
 - 2.3. ศึกษาและวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ กับกิจกรรมที่เกิดขึ้น
 - 2.4. ศึกษาและร่างแบบ กระบวนการดำเนินงาน เพื่อสนองต่อกิจกรรมต่าง ๆ (Create Process Flow Diagram/Cost Flow Diagram)
 - 2.5. ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการณ์จะนำมาใช้ในการทำแบบสอบถามที่จะใช้ในพื้นที่จริงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิษณุโลก ต่อไป
3. กำหนดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย
 - 3.1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่
 - 3.1.1. โครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 3.1.2. รูปแบบการดำเนินงาน วัตถุดิบทางตรง ค่าแรงทางตรง ค่าเสียห่วยการผลิตที่ใช้ในขบวนการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 3.2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. ดำเนินการออกแบบ ระบบต้นแบบ (Pilot ABC Model) เพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมในแต่ละหน่วยงานบริการปฐมภูมิเพื่อสนับสนุนการบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 แห่งในจังหวัดพิษณุโลก
 - 4.1. ร่างแบบ ABC Model
 - 4.2. กำหนดขอบเขต ผลลัพธ์ที่จะได้รับจากการดำเนินตามระบบต้นแบบ
 - 4.3. กำหนด Measurement สำหรับระบบต้นแบบ
5. จำแนกกลุ่มและลักษณะของข้อมูลประเภทต่าง ๆ
6. กำหนดวิธีการรวบรวมข้อมูล (Data Gathering Methodology)
7. ทำการออกแบบเครื่องมือ แบบสอบถามและแบบฟอร์มขอข้อมูลทุติยภูมิของแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกิจกรรมต่างๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อสนับสนุนการบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 แห่ง เพื่อนำมาคิดต้นทุนกิจกรรมในแต่ละหน่วย
8. ดำเนินการสังเกตและรวบรวมข้อมูลตามต้องการ
9. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดิบที่ได้ เพื่อใช้วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยอิงจากข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อสนับสนุนการบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 แห่งในจังหวัดพิษณุโลก
10. จัดทำระบบต้นแบบ (Prototype) เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้งานกับหน่วยงานบริการปฐมภูมิเพื่อสนับสนุนการบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้ง 3 แห่งในจังหวัดพิษณุโลก
(หมายเหตุ : ในข้อนี้จะเป็นการนำระบบต้นแบบ ที่ได้มาจากศึกษาข้างต้น มาใช้งานจริงในหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามขอบเขตที่ได้ระบุไว้ ซึ่งไม่รวมถึงการพัฒนา Software Application หรือการศึกษา Activities Based Costing Software Application อื่นๆ ที่มีอยู่เพื่อนำมาใช้ในโครงการนี้)
11. จัดทำรายงานสรุปต้นทุนกิจกรรม ข้อคิดเห็น และ ข้อเสนอแนะ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้ง 3 แห่งในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดพิษณุโลก
12. ฝึกอบรมผู้ใช้งานระบบ ให้สามารถใช้งานระบบต้นแบบเพื่อที่จะสามารถคิดต้นทุนกิจกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยได้กำหนดแบบสอบถามและส่งไปให้กับมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อทำการพิจารณาแบบสอบถามก่อนที่จะมีการออกภาคปฏิบัติทางสนาม

ผลการสำรวจจะถูกตรวจสอบและควบคุมคุณภาพโดย คณะผู้วิจัย เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มานั้นสมบูรณ์และถูกต้อง

13. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล จะอยู่ในช่วงระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2546 - 30 พฤษภาคม 2546

3.4 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการสร้างระบบการคิดต้นทุนกิจกรรมของงานวิจัยนี้ จะใช้วรรณกรรมและเอกสารประกอบการบรรยายรวมถึงข้อมูลปฐมภูมิที่ได้มาจากการสังเกตการณ์ในพื้นที่จริง มาใช้ในการวิเคราะห์หาต้นทุน ของกิจกรรมในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยจะใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows มาช่วยในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

3.5. วิธีการคำนวณต้นทุนกิจกรรม

สำหรับวิธีการคำนวณต้นทุนกิจกรรมสำหรับงานวิจัยนี้ จะแบ่งขั้นตอนออกเป็น 5 ขั้นตอน ตามหลักของกระบวนการ ABC (ดร. วรศักดิ์ ทุมมานนท์, ระบบการบริหารต้นทุนกิจกรรม, ไอโอนิค, 2544, หน้า 66-67) ซึ่งจะนำไปใช้กับหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 3 แห่งในจังหวัดพิษณุโลกตามขอบข่ายของงานวิจัย ดังนี้

3.5.1. กำหนดตัวผลผลิตและบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำหรับตัวผลผลิตของหน่วยบริการปฐมภูมิในงานวิจัยนี้ คือโรคต่างๆ ที่ทางหน่วยบริการปฐมภูมิ บริการให้กับคนไข้ในแต่ละพื้นที่ของตนเอง ซึ่งหนึ่งในเป้าหมายของงานวิจัยนี้ คือ การทราบถึงต้นทุนของแต่ละโรคที่ให้บริการใน 21 กลุ่มโรคมาตรฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้ง 3 แห่ง โดยจะอิงวิธีการคำนวณต้นทุนจากระบบบริหารต้นทุนแบบกิจกรรมเป็นพื้นฐาน ซึ่งทำให้สามารถทราบถึงต้นทุนในแต่ละกิจกรรมของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย

3.5.2 กำหนดและวิเคราะห์กิจกรรมที่ใช้ในการบริการรักษาโรคของหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำหรับกิจกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในงานวิจัยนี้ จะถูกแบ่งออกเป็น 11 กิจกรรมหลักตามกระบวนการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ (นพ. สำเร็จ แหงกระโทก และ พญ. รุจิรา มังคละศิริ, ศูนย์สุขภาพชุมชน, 2545) โดยงานวิจัยนี้จะครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. ลงทะเบียน
2. คัดกรอง

3. ตรวจรักษา

3.1 กิจกรรมตรวจรักษา

3.2 กิจกรรมตรวจครรภ์

3.3 กิจกรรมฉีดวัคซีน

3.4 กิจกรรมตรวจเลือด/ปัสสาวะ

3.5 กิจกรรมทำแผล

4. จ่ายยา/ให้คำปรึกษา/บริการก่อนกลับบ้าน

5. กิจกรรมส่งต่อ

6. กิจกรรมเยี่ยมบ้าน

7. กิจกรรมอื่น ๆ เช่น สำรวจครอบครัว ประชุมวางแผนและกิจกรรมชุมชน

3.5.3 กำหนดต้นทุนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ต้นทุนหลัก ๆ ในการให้บริการรักษาโรคของหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ จะแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม โดยต้นทุนทางตรงเป็นต้นทุนการดำเนินงานที่ผันแปรโดยตรงกับโรคที่คนไข้เข้ามาใช้บริการ ส่วนต้นทุนทางอ้อม จะเป็นต้นทุนที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนในปริมาณการใช้ทรัพยากรไปในแต่ละโรคได้โดยตรง จึงจำเป็นจะต้องมีการกำหนดเกณฑ์ที่จะใช้ในการประมาณต้นทุนของทรัพยากรที่ใช้ไปในแต่ละกิจกรรม โดยจะมีรายละเอียดของต้นทุนดังนี้

1. ต้นทุนทางตรง ได้แก่ ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

2. ต้นทุนทางอ้อม

2.1. ค่าจ้าง / เงินเดือนพนักงาน

2.2. ค่าก่อสร้าง อาคาร

2.3. ค่าอุปกรณ์สำนักงาน/ อุปกรณ์ทางการแพทย์

2.4. ค่าวัสดุสำนักงาน

2.5. ค่าสาธารณูปโภค ได้แก่ ค่าน้ำ/ค่าไฟฟ้า

2.6. ค่าเช่าสถานที่

2.7. ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

3.5.4 เกณฑ์การปันส่วนต้นทุนทางอ้อมเข้าสู่กิจกรรม

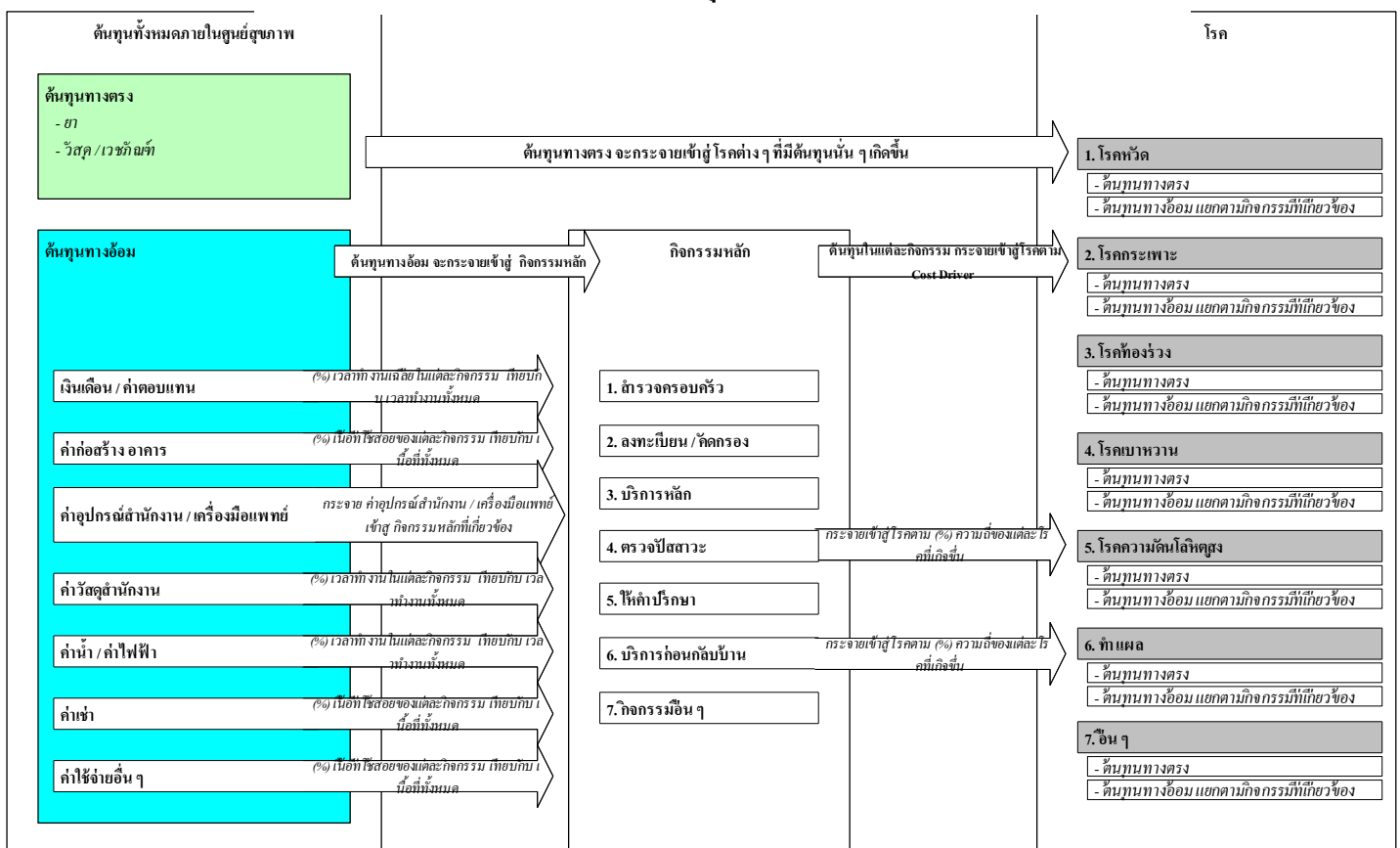
เกณฑ์ในการปันส่วนต้นทุนทางตรงเข้าสู่ต้นทุนของโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมินั้น จะใช้วิธีการปันส่วนทางตรง (Direct Charging Allocation) ซึ่งเหมาะสมสำหรับกรณีที่สามารถทราบปริมาณทรัพยากรที่ใช้ไปจริงในแต่ละกิจกรรมได้โดยเด่นชัด เช่น จำนวนของยา ประเภทของยา และเวชภัณฑ์ต่างๆ ซึ่งมีการใช้จริงในการรักษาแต่ละครั้ง

เกณฑ์ในการปันส่วนต้นทุนทางอ้อมเข้าสู่ต้นทุนของโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมินั้น จะใช้วิธีของ การปันส่วนโดยอาศัยการประมาณ (Estimation Allocation) ซึ่งเหมาะสำหรับกรณีที่ไม่สามารถที่จะวัดปริมาณการใช้ทรัพยากรไปในกิจกรรมต่างๆ ได้โดยตรง จึงจำเป็นต้องหาข้อมูลจากการดำเนินงานมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ตัวผลกดันทรัพยากร สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมินี้ ทางคณะผู้วิจัยได้ใช้วิธีการประมาณโดยอ้างอิงจากเวลาทำงานเฉลี่ยในแต่ละกิจกรรม และพื้นที่ใช้สอยในแต่ละกิจกรรมเป็นเกณฑ์

3.5.5. หลักเกณฑ์การเชื่อมโยงต้นทุนต่าง ๆ เข้าสู่กิจกรรมและต้นทุนของโรค

กรอบความคิดในการคำนวณต้นทุนกิจกรรมสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 3 แห่ง ซึ่งประกอบไปด้วย ต้นทุนทางตรงและทางอ้อม ซึ่งจะผันเข้าสู่กิจกรรมตามเกณฑ์ที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น และต้นทุนของแต่ละกิจกรรมที่สัมพันธ์กันทำให้เกิดต้นทุนของแต่ละโรค จะมีรายละเอียดดังตารางดังต่อไปนี้

กรอบความคิดในการคำนวณต้นทุนกิจกรรม สำหรับโครงการ 30 บาท



ตารางที่ 3.1 กรอบแนวความคิดในการคำนวณต้นทุนกิจกรรม

3.5.6. วิธีการคำนวณต้นทุนของโรค

ในการคำนวณต้นทุนของโรคในงานวิจัยนี้ ได้อ้างอิงหลักคิดของระบบการบริหารต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Costing) โดยมีรายละเอียดต้นทุนและเกณฑ์ในการคำนวณ ดังที่ได้อ้างอิงในเบื้องต้นและมีหลักการคำนวณต้นทุนโดยรวม ดังต่อไปนี้

ต้นทุนโรค = ต้นทุนทางตรง + ต้นทุนทางอ้อม

1. ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) ได้แก่

ค่ายา + ค่าเวชภัณฑ์

โดยคิดตามการใช้จริงในการรักษาแต่ละครั้ง

2. ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ได้แก่

ค่าพนักงาน + ค่าใช้จ่ายจากการใช้ทรัพย์สิน ซึ่งในที่นี้รวมถึง ค่าอุปกรณ์สำนักงาน/เครื่องมือแพทย์ ค่าก่อสร้างอาคาร + ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งในที่นี้รวมถึง ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ค่าเช่า ค่าวัสดุสำนักงาน

โดยค่าใช้จ่ายต่างๆเหล่านี้จะถูกกระจายเข้าสู่กิจกรรมต่างๆ จากนั้นจะทำการคิดค่าใช้จ่ายของโรคโดยวัดปริมาณการทำการกิจกรรมเพื่อรักษาโรคนั้น ๆ เป็นร้อยละเท่าใดของการทำการกิจกรรมทั้งหมด

วิธีการคิดต้นทุนแต่ละประเภท

ข้อมูลที่ปฐมนิเทศและทศนิยมที่เก็บรวบรวมได้จากแต่ละหน่วยบริการปฐมนิเทศจะถูกแจกแจงตามตารางดังต่อไปนี้

(ดู Appendix A ตารางข้อมูลที่ใช้คำนวณต้นทุน ซึ่งแยกตามศูนย์สุขภาพชุมชน)

ชื่อตาราง	รายการ	ศูนย์สุขภาพชุมชน		
		ต.บางกระทุ่ม อ.บางกระทุ่ม	มหาวิทยาลัย นเรศวร (สนามบิน)	ต.วังฆ้อง อ.พรหม พิราม
1. กลุ่มโรค	เลขที่กลุ่มโรค	ตาราง A1.1	ตาราง A2.1	ตาราง A3.1
	ชื่อโรค			
2. พื้นที่ทำงาน	เลขที่พื้นที่	ตาราง A1.2	ตาราง A2.2	ตาราง A3.2
	ชื่อพื้นที่			
	ขนาด (ตารางเมตร)			

ชื่อตาราง	รายการ	ศูนย์สุขภาพชุมชน		
		ต.บางกระทุ่ม อ.บางกระทุ่ม	มหาวิทยาลัย นเรศวร (สนามบิน)	ต.วังน้อ อ.พรหม พิราม
3. กิจกรรม	เลขที่กิจกรรม	ตาราง A1.3	ตาราง A2.3	ตาราง A3.3
	ชื่อกิจกรรม			
	พื้นที่ใช้ทำกิจกรรม			
4. ประเภท สินทรัพย์	เลขที่ประเภทสินทรัพย์	ตาราง A1.4	ตาราง A2.4	ตาราง A3.4
	ชื่อประเภทสินทรัพย์			
	การคิดค่าเสื่อมต่อเดือน			
5. สินทรัพย์	เลขที่สินทรัพย์	ตาราง A1.5	ตาราง A2.5	ตาราง A3.5
	ชื่อสินทรัพย์			
	ราคาต่อหน่วย			
	จำนวน			
	ประเภทของสินทรัพย์			
	พื้นที่ตั้ง			
6. ยา/เวชภัณฑ์	เลขที่ยา/เวชภัณฑ์	ตาราง A1.6	ตาราง A2.6	ตาราง A3.6
	ชื่อยา/เวชภัณฑ์			
	ราคาต่อหน่วย			
	ประเภท (1 = ยา, 2 = เวชภัณฑ์)			
7. ค่าใช้จ่ายต่างๆ	เลขที่ค่าใช้จ่าย	ตาราง A1.7	ตาราง A2.7	ตาราง A3.7
	ประเภทค่าใช้จ่าย เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ฯลฯ			
	ราคา (บาท/เดือน)			
	การประเมินค่าใช้จ่าย (1 = ตามพื้นที่, 2 = ตามเวลา)			
8. พนักงาน	เลขที่พนักงาน	ตาราง A1.8	ตาราง A2.8	ตาราง A3.8
	ชื่อพนักงาน			
	ตำแหน่ง			

ชื่อตาราง	รายการ	ศูนย์สุขภาพชุมชน		
		ต.บางกระทู้ อ.บางกระทู้	มหาวิทยาลัย นเรศวร (สนามบิน)	ต.วังน้อ อ.พรหมพิราม
8. พนักงาน	เงินเดือน (บาท/เดือน)			
	เงินล่วงเวลา (OT) ที่จ่ายจริงในในช่วงเวลาที่ทำ การเก็บข้อมูลนั้นๆ			
	ระยะเวลาที่ทำล่วงเวลา ที่ทำ จริงในในช่วงเวลาทำการ เก็บข้อมูลนั้นๆ			
9. ผู้ป่วย	เลขที่ผู้ป่วย	เป็นตัวเลขเพื่อใช้สำหรับอ้างอิง		
	โรคที่เข้ารับการรักษา (เก็บเป็นเลขที่กลุ่มโรค)			
10. การจ่ายยา	เลขที่การจ่ายยา	เป็นตัวเลขเพื่อใช้สำหรับอ้างอิง		
	ผู้ป่วย (เก็บเป็นเลขที่ผู้ป่วย)			
	ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย (เก็บเป็นเลขที่ยา/เวชภัณฑ์)			
	ปริมาณยา			
11. ช่วงเวลา	เลขที่ช่วงเวลา	เป็นตัวเลขเพื่อใช้สำหรับอ้างอิง		
	ชื่อช่วงเวลา (normal time สำหรับเวลา เปิดทำการปกติ, Over time สำหรับเวลาเปิดทำการนอก เวลาปกติ)			
	ระยะเวลา (วินาที)			
12. บันทึก กิจกรรม	เลขที่บันทึกกิจกรรม	อ้างอิงจากตารางที่ 3 และ ตารางที่ 8		
	พนักงานผู้ทำกิจกรรม			
	ประเภทกิจกรรมที่ทำ			
	ผู้ป่วย			

ชื่อตาราง	รายการ	ศูนย์สุขภาพชุมชน		
		ต.บางกระทุ่ม อ.บางกระทุ่ม	มหาวิทยาลัย นเรศวร (สนามบิน)	ต.วงษ์มิ่ง อ.พรหมพิราม
	ระยะเวลาที่ใช้ทำกิจกรรม (วินาที)			
	ช่วงเวลาที่ทำกิจกรรม (เป็นช่วงเวลาปกติหรือนอก เวลาปกติ)			

ในการคิดค่าใช้จ่ายของแต่ละกลุ่มโรคจะแบ่งค่าใช้จ่ายออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct Cost) ซึ่งได้แก่ ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ ซึ่งได้มีการใช้จริงในการรักษาแต่ละครั้ง
2. ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect Cost) ได้แก่ ค่าพนักงาน ค่าใช้จ่ายจากการใช้ทรัพย์สิน (Asset) ค่าสาธารณูปโภค ค่าเช่า และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เป็นต้น โดยค่าใช้จ่ายต่างๆเหล่านี้จะถูกกระจายเข้าสู่กิจกรรมต่างๆ จากนั้นจะทำการคิดค่าใช้จ่ายของโรคโดยวัดปริมาณการทำการกิจกรรมเพื่อรักษาโรคนั้นๆ เป็นร้อยละเท่าใดของการทำการกิจกรรมทั้งหมด

ค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct Cost)

1. ค่ายา คิดจากค่ายาที่ได้ทำการจ่ายให้กับผู้ป่วยในแต่ละโรคโดยคิดจาก ตารางการจ่ายยา

$$\text{ค่ายา} = \sum \text{ราคายาต่อหน่วย} \times \text{ปริมาณยา}$$

ของผู้ป่วยที่เป็นโรคนั้นๆที่มี ประเภท เป็น 1

หมายเหตุ:

- ราคายาต่อหน่วย มาจากตาราง ยา/เวชภัณฑ์ (ตารางที่ 6) โดยอ้างอิงจาก ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย ในตาราง การจ่ายยา (ตารางที่ 10)
- ปริมาณยา มาจากตาราง การจ่ายยา (ตารางที่ 10)
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคนั้นๆ ตรวจสอบจาก ตารางผู้ ป่วย (ตารางที่ 9)
- ประเภท ตรวจสอบจาก ตารางยา/เวชภัณฑ์ (ตารางที่ 6)

2. ค่าเวชภัณฑ์ คิดจากค่าเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาในแต่ละโรค

ค่าเวชภัณฑ์ = $\sum$ ราคาเวชภัณฑ์ต่อหน่วย x ปริมาณเวชภัณฑ์
ของผู้ป่วยที่เป็นโรคนั้นๆที่มี ประเภท เป็น 2

หมายเหตุ:

- ราคาเวชภัณฑ์ต่อหน่วย มาจากตาราง ยา/เวชภัณฑ์ (ตารางที่ 6) โดยอ้างอิงจาก เวชภัณฑ์ที่ใช้ไปกับผู้ป่วย ในตารางการจ่ายยาและเวชภัณฑ์ (ตารางที่ 10)
- ปริมาณเวชภัณฑ์ มาจากตาราง การจ่ายยาและเวชภัณฑ์ (ตารางที่ 10)
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคนั้นๆ ตรวจสอบจาก ตารางผู้ ป่วย (ตารางที่ 9)
- ประเภท ตรวจสอบจาก ตารางยา/เวชภัณฑ์ (ตารางที่ 6)

ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect Cost)

ในการคิดค่าใช้จ่ายทางอ้อมจะคิดโดยอิงจากกิจกรรมแต่ละกิจกรรมเป็นหลักโดยมีการแยกคิดดังต่อไปนี้

1. ค่าพนักงาน แบ่งเป็นค่าพนักงานปกติ(จากเงินเดือน) และ ค่าล่วงเวลา

ค่าพนักงานของแต่ละกิจกรรม = ค่าพนักงานปกติ (a) + ค่าพนักงานOT (b)

ก. ค่าพนักงานปกติ มีขั้นตอนการคำนวณดังต่อไปนี้

1. หาค่าจ้างเฉลี่ยของพนักงานแต่ละคน (Average Cost_{Normal})

Average Cost_{Normal} = เงินเดือนของแต่ละคน / 2 / เวลาทำการในช่วงที่เก็บข้อมูล

หมายเหตุ:

- เงินเดือนของแต่ละคน มาจาก ตารางพนักงาน (ตารางที่ 8)
 - เงินเดือนหารด้วย 2 เนื่องจากช่วงเวลาที่ทำงานจริงไม่นับวันหยุดที่ทำการเก็บข้อมูลนั้นเท่ากับ 2 สัปดาห์หรือครึ่งเดือน
 - เวลาทำการในช่วงที่เก็บข้อมูล มาจาก ตารางช่วงเวลา (ตารางที่ 11)
2. หว่าพนักงานนั้นๆ ทำกิจกรรมอะไรบ้างในช่วงเวลาปกติเป็นเวลากี่วินาที ส่วนเวลาที่เหลือ(จากเวลาทำการในเดือนนั้น) ถือเป็นกิจกรรมอื่นๆ (Activities Times)

$$\text{Activities Times}_{\text{Normal}} = \sum \text{ระยะเวลาที่ทำกิจกรรม}$$

ในกิจกรรมนั้นๆ ของพนักงานแต่ละคน โดยที่ ช่วงเวลาที่ทำกิจกรรม = 1

หมายเหตุ:

- ช่วงเวลาที่ทำกิจกรรม มาจาก ตารางบันทึกกิจกรรม(ตารางที่ 12)
- กิจกรรมนั้นๆ ตรวจสอบจาก ประเภทของกิจกรรมที่ทำ ของ ตารางบันทึกกิจกรรม (ตารางที่ 12)
- พนักงานแต่ละคน ตรวจสอบจาก พนักงานผู้ทำกิจกรรม ของ ตารางบันทึกกิจกรรม (ตารางที่ 12)
- ช่วงเวลาที่ทำกิจกรรม ตรวจสอบจาก ตารางบันทึกกิจกรรม (ตารางที่ 12)

3. หา ค่าจ้างพนักงานของเวลาปกติของแต่ละกิจกรรม (Normal Time Employee Cost)

$$\text{Normal Time Employee Cost} = \sum (\text{average Cost}_{\text{Normal}} * \text{Activities Time}_{\text{Normal}})$$

ในแต่ละกิจกรรมของพนักงานแต่ละคน

ข. ค่าพนักงาน OT แบ่งเป็นขั้นตอนต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. หาค่า OT เฉลี่ยของพนักงานแต่ละคน (Average Cost_{OT})

$$\text{Average Cost}_{\text{OT}} = \text{เงินล่วงเวลา} / \text{ระยะเวลาที่ล่วงเวลา}$$

หมายเหตุ:

- เงินล่วงเวลา และ ระยะเวลาที่ล่วงเวลา มาจาก ตารางพนักงาน (ตารางที่ 8)
2. หาว่าพนักงานนั้นๆ ทำกิจกรรมอะไรบ้างในช่วงเวลาปกติเป็นเวลาที่วินาที ส่วนเวลาที่เหลือ(จากเวลาทำการในเดือนนั้น) ถือเป็นกิจกรรมอื่นๆ (Activities Times)

$$\text{Activities Times}_{\text{OT}} = \sum \text{ระยะเวลาที่ทำกิจกรรม}$$

ในกิจกรรมนั้นๆ ของพนักงานแต่ละคน โดยที่ ช่วงเวลาที่ทำกิจกรรม = 2

หมายเหตุ:

- ช่วงเวลาที่ทำกิจกรรม มาจาก ตารางบันทึกกิจกรรม(ตารางที่ 12)
- กิจกรรมนั้นๆ ตรวจสอบจาก ประเภทของกิจกรรมที่ทำ ของ ตารางบันทึกกิจกรรม (ตารางที่ 12)
- พนักงานแต่ละคน ตรวจสอบจาก พนักงานผู้ทำกิจกรรม ของ ตารางบันทึกกิจกรรม (ตารางที่ 12)
- ช่วงเวลาที่ทำกิจกรรม ตรวจสอบจาก ตารางบันทึกกิจกรรม (ตารางที่ 12)

3. หา ค่าจ้างพนักงานของช่วงล่วงเวลาของแต่ละกิจกรรม (Over Time Employee Cost)

$$\text{Over Time Employee Cost} = \sum (\text{average Cost}_{OT} * \text{Activities Time}_{OT})$$

ในแต่ละกิจกรรมและแต่ละพนักงาน

2. ค่าใช้จ่ายจากการใช้สินทรัพย์(Asset) แบ่งเป็นขั้นตอนต่างๆ ดังต่อไปนี้

ก. คัดค่าใช้จ่าย ของสินทรัพย์แต่ละประเภท

$$\text{Asset cost} = \sum (\text{จำนวน} \times \text{ราคาต่อหน่วย} / \text{จำนวนเดือนค่าเสื่อมตามประเภทสินทรัพย์} / 2)$$

หมายเหตุ:

- จำนวน และ ราคาต่อหน่วย มาจาก ตารางสินทรัพย์ (ตารางที่ 5)
- จำนวนเดือนค่าเสื่อมตามประเภทสินทรัพย์ มาจาก ตารางประเภททรัพย์สิน (ตารางที่ 4)

ข. หาผลรวมของค่าใช้จ่ายของ Asset ที่อยู่ในพื้นที่ของของ แต่ละ Activities

$$\text{Asset Cost for each activity} = \sum (\text{Asset Cost}) \text{ ที่อยู่ในพื้นที่นั้น} / \text{จำนวนกิจกรรมที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน}$$

หมายเหตุ:

1. ตรวจสอบพื้นที่จาก พื้นที่ตั้ง ของ ตารางทรัพย์สิน (ตารางที่ 5)
2. จำนวนกิจกรรมที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน หาได้จาก ตารางกิจกรรม(ตารางที่ 3)

3.ค่าสาธารณูปโภค ได้แก่ค่าน้ำ, ค่าไฟ, ค่าโทรศัพท์ โดยจะทำการเฉลี่ยเข้าแต่ละกิจกรรมตามเวลาโดยมีการคำนวณดังต่อไปนี้

ก. คัดจากเวลาที่เปิดทำการทั้งหมด (Total Operation Time)

$$\text{Total Operation Time} = \text{ระยะเวลา}_{\text{Normal time}} + \text{ระยะเวลา}_{\text{OT}}$$

หมายเหตุ:

- ระยะเวลา_{Normal time} และ ระยะเวลา_{OT} มาจาก ตารางช่วงเวลา (ตารางที่ 11)

ข. คัดหาเวลาในการทำงานทั้งหมดของแต่ละกิจกรรม (Activity Time)

$$\text{Activity Time} = \sum (\text{ระยะเวลาที่ใช้ทำกิจกรรม}) \text{ ของแต่ละกิจกรรม}$$

หมายเหตุ:

- ระยะเวลาที่ใช้ทำกิจกรรม มาจาก ตารางบันทึกกิจกรรม (ตารางที่ 12) โดยรวมเฉพาะรายการที่มี ประเภทกิจกรรมที่ทำ เหมือนกันเท่านั้น

ค. หาค่าสาธารณูปโภค

$$\text{ค่าสาธารณูปโภคของแต่ละกิจกรรม} = \text{ค่าสาธารณูปโภค} / 2 \times (\text{Activity Time} / \text{Total Operation Time})$$

ง. ส่วนที่เหลือให้ถือเป็นค่าใช้จ่ายของกิจกรรมอื่นๆ

$$\text{Cost} = \text{ค่าสาธารณูปโภค} / 2 \times ((\text{Total Operation Time} - \sum (\text{Activity Time})) / \text{Total Operation Time})$$

4.ค่าเช่า

ก. หาพื้นที่ทั้งหมด (Total Area)

$$\text{Total Area} = \text{ผลรวมของขนาดในแต่ละพื้นที่}$$

ข. หา Percentage ของพื้นที่ในแต่ละกิจกรรม

$$\text{Percentage} = \text{ขนาดในแต่ละพื้นที่} / \text{Total Area}$$

หมายเหตุ: (สำหรับข้อ a-b)

- ขนาดในแต่ละพื้นที่ มาจาก ตารางพื้นที่ทำงาน (ตารางที่ 2)

ก.หาค่าเช่าในแต่ละกิจกรรม

$$\text{ค่าเช่าในแต่ละกิจกรรม} = ((\text{ค่าเช่า} / 2) * \text{Percentage}) / \text{จำนวนกิจกรรมที่ทำในพื้นที่เดียวกัน}$$

หมายเหตุ:

- จำนวนกิจกรรมที่ทำในพื้นที่เดียวกัน หาได้จากตารางกิจกรรม (ตารางที่ 3)

5. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ แยกตามการคิดจากเวลาหรือจากพื้นที่

ก.คำนวณเวลา ค่าใช้จ่ายอื่นๆ มีขั้นตอนการคำนวณดังต่อไปนี้

1. คิดจากเวลาที่เปิดทำการทั้งหมด (Total Operation Time)

$$\text{Total Operation Time} = \text{ระยะเวลา}_{\text{Normal time}} + \text{ระยะเวลา}_{\text{OT}}$$

หมายเหตุ:

- ระยะเวลา_{Normal time} และ ระยะเวลา_{OT} มาจาก ตารางช่วงเวลา (ตารางที่ 11)

2. คิดหาเวลาในการทำงานทั้งหมดของแต่ละกิจกรรม (Activity Time)

$$\text{Activity Time} = \sum (\text{ระยะเวลาที่ใช้ทำกิจกรรม}) \text{ ของแต่ละกิจกรรม}$$

หมายเหตุ:

- ระยะเวลาที่ใช้ทำกิจกรรม มาจาก ตารางบันทึกกิจกรรม (ตารางที่ 12) โดยรวมเฉพาะรายการที่มี ประเภทกิจกรรมที่ทำ เหมือนกันเท่านั้น

3. หาค่าใช้จ่ายของกิจกรรมนั้นๆ (Asset cost of each activity)

$$\text{ค่าใช้จ่ายของแต่ละกิจกรรม} = \sum (\text{ค่าใช้จ่ายรายเดือน} / 2) \times (\text{Activity Time} / \text{Total Operation Time})$$

คิดเฉพาะที่การประเมินค่าใช้จ่ายเป็น 1 เท่านั้น

4. ส่วนที่เหลือให้ถือเป็นค่าใช้จ่ายของกิจกรรมอื่นๆ

$$\text{ค่าใช้จ่ายในกิจกรรมอื่นๆ} = \sum (\text{ค่าใช้จ่ายรายเดือน} / 2) \times ((\text{Total Operation Time} - \sum (\text{Activity Time})) /$$

Total Operation Time

คิดเฉพาะที่มีการประเมินค่าใช้จ่ายเป็น 1 เท่านั้น

หมายเหตุ: (สำหรับข้อ 3 – 4)

- ค่าใช้จ่ายรายเดือน มาจาก ตารางค่าใช้จ่ายต่างๆ (ตารางที่ 7) โดยรวมเฉพาะรายการที่มีการประเมินค่าใช้จ่ายเป็น 1 เท่านั้น

ข. ค่าใช้จ่ายที่คิดจากพื้นที่

1. หาพื้นที่ทั้งหมด (Total Area)

$$\text{Total Area} = \sum \text{ขนาดในแต่ละพื้นที่}$$

2. หา Percentage ของพื้นที่ในแต่ละกิจกรรม

$$\text{Percentage} = \text{ขนาดในแต่ละพื้นที่} / \text{Total Area}$$

หมายเหตุ: (สำหรับข้อ 1 – 2)

- ขนาดในแต่ละพื้นที่ มาจาก ตารางพื้นที่ทำงาน (ตารางที่ 2)

3. หาค่าใช้จ่ายของทรัพย์สินของแต่ละกิจกรรม

$$\text{Cost} = \sum (\text{ค่าใช้จ่ายรายเดือน}/2) * \text{Percentage} / \text{จำนวนกิจกรรมที่ทำในพื้นที่เดียวกัน}$$

คิดเฉพาะที่มีการประเมินค่าใช้จ่ายเป็น 2 เท่านั้น

หมายเหตุ:

1. ค่าใช้จ่ายรายเดือน มาจาก ตารางค่าใช้จ่ายต่างๆ (ตารางที่ 7) โดยรวมเฉพาะรายการที่มีการประเมินค่าใช้จ่ายเป็น 2 เท่านั้น
2. จำนวนกิจกรรมที่ทำในพื้นที่เดียวกัน หาได้จากตารางกิจกรรม (ตารางที่ 3)

สรุปการหาค่าใช้จ่ายทางอ้อมในแต่ละกลุ่มโรค

1. หาว่ากิจกรรมนั้นทำเพื่อใช้รักษาโรคที่ต้องการทราบค่าใช้จ่ายคิดเป็นกี่ percent

$$\text{Disease to Activity percentage} = \sum (\text{ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมเพื่อรักษาโรคนั้นๆ}) / \text{activity time}$$

หมายเหตุ:

ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมเพื่อรักษาโรคนั้นๆ มาจาก ตารางบันทึกกิจกรรม (ตารางที่ 12)

2. นำเอาค่าใช้จ่ายในแต่ละข้อคูณกับ percentage จากข้อ 1 จะได้เป็นค่าใช้จ่ายของโรคนั้นๆ และเมื่อทำมารวมกันก็จะได้ค่าใช้จ่ายทางอ้อมของโรคนั้นๆ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ผลการดำเนินการ

จากผลการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาใช้สร้างตัวแบบของโครงการวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้มาใช้บริการซึ่งป่วยเป็นโรคต่างๆ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ 3 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก เป็นเวลา 30 วัน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2546 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2546 เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มโรคที่ทำการศึกษาทั้งหมด เท่าที่เป็นไปได้

ในการดำเนินการครั้งนี้ จะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ผู้มีประสบการณ์ในทีมงานวิจัยของโครงการวิจัย จำนวน 10 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ทีม ทีมที่ 1 มีจำนวน 2 คน จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสินทรัพย์ถาวรพร้อมทั้งจดบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับขนาดของห้องที่ให้บริการรักษาพยาบาลที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนทีมที่ 2 มีจำนวน 5-8 คน (ขึ้นอยู่กับพื้นที่ที่ทำการเก็บข้อมูล) โดยจะทำการบันทึกการให้บริการของเจ้าหน้าที่ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มลงทะเบียน คัดกรอง ตรวจรักษา เรื่อยมาจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการที่ผู้ป่วยรับยา กลับบ้าน ข้อมูลในผู้ป่วยแต่ละคนมีดังนี้

1. จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานพร้อมกับเวลาที่ใช้ในการบริการ ในแต่ละกิจกรรม โดยจำแนกตามโรคที่รักษา
2. เวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในระบบตั้งแต่เริ่มลงทะเบียนจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการที่ผู้ป่วยรับยา กลับบ้าน

ผลจากการเก็บข้อมูล จะนำเสนอโดยแยกตามหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.บางกระทุ่ม อ.บางกระทุ่ม จ.พิษณุโลก

ส่วนที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลนครพิษณุโลก มหาวิทยาลัยนเรศวร (สนามบิน)

ส่วนที่ 3 ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.วังน้อ อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก

ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับรักษา/ตรวจรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ระหว่างวันที่ 1 –30 พฤษภาคม 2546

ชื่อโรค	ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.บางกระทุ่ม อ.บางกระทุ่ม จ.พิษณุโลก	ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนคร พิษณุโลก มหาวิทยาลัยนเรศวร (สนามบิน)	ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.วังฆ้อง อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก	รวม
1 โรคติดเชื้อ	3	7	7	17
2 เนื้องอก(มะเร็ง)	3			3
3 โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือด	2		3	5
4 โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ	22	3	43	68
5 ภาวะแปรปรวนทางจิต	7		2	9
6 โรคระบบประสาท	8	14	26	48
7 โรคเกี่ยวกับตา	2	2	7	11
8 โรคเกี่ยวกับหู		1		1
9 โรคไหลเวียนเลือด	44	46	43	133
10 โรคระบบหายใจ	18	35	40	93
11 โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	6	1	18	25
12 โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	6	4	10	20
13 โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อยึดเสริม	15	8	20	43
14 โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	4	2	7	13
15 อาการผิดปกติที่พบจากการตรวจ	6	10	9	25
16 การเป็นพิษและผลที่ตามมา	2			2
17 ผลตามมาจากอุบัติเหตุ	2		4	6
18 สาเหตุจากภายนอกที่ทำให้ป่วยหรือตาย	18	3	85	106
19 ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	7	4	19	30
20 นิติยาคุมกำเนิด	5	3		8
21 นิติวัคซัน	13	11	24	48
22 การตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด	3	6	3	12
23 อื่นๆ	1	3	3	7
รวม	197	163	373	733

หมายเหตุ โรคอื่นๆ หมายถึงกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถแยกลักษณะของโรคใดโรคหนึ่งได้ชัดเจน เช่น โรคเบาหวานและ
 กลอเลสเตอรอล ซึ่งไม่สามารถกำหนดได้ว่าเป็นโรคเบาหวานหรือกลอเลสเตอรอล เป็นต้น

ตารางที่ 4.2 ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับ/ตรวจรักษาที่หน่วยปฐมภูมิ ระหว่างวันที่ 1 – 30 พฤษภาคม 2546

ชื่อโรค	ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.บางกระทุ่ม อ.บางกระทุ่ม จ.พิษณุโลก	ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนคร พิษณุโลก มหาวิทยาลัย นเรศวร (สนามบิน)	ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.วังน้อ อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก	รวม
1 โรคติดเชื้อ	1.50%	4.30%	1.90%	2.57%
2 เนื้องอก(มะเร็ง)	1.50%			0.50%
3 โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือด	1.00%		0.80%	0.60%
4 โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ	11.20%	1.80%	11.50%	8.17%
5 ภาวะแปรปรวนทางจิต	3.60%		0.50%	1.37%
6 โรคระบบประสาท	4.10%	8.60%	7.00%	6.57%
7 โรคเกี่ยวกับตา	1.00%	1.20%	1.90%	1.37%
8 โรคเกี่ยวกับหู		0.60%		0.20%
9 โรคไหลเวียนเลือด	22.30%	28.20%	11.50%	20.67%
10 โรคระบบหายใจ	9.10%	21.50%	10.70%	13.77%
11 โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	3.00%	0.60%	4.80%	2.80%
12 โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	3.00%	2.50%	2.70%	2.73%
13 โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม	7.60%	4.90%	5.40%	5.97%
14 โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	2.00%	1.20%	1.90%	1.70%
15 อาการผิดปกติที่พบจากการตรวจ	3.00%	6.10%	2.40%	3.83%
16 การเป็นพิษและผลที่ตามมา	1.00%			0.33%
17 ผลตามมาจากอุบัติเหตุ	1.00%		1.10%	0.70%
18 สาเหตุจากภายนอกที่ทำให้ป่วยหรือตาย	9.10%	1.80%	22.80%	11.23%
19 ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	3.60%	2.50%	5.10%	3.73%
20 นิโคตินกัมเนิด	2.50%	1.80%		1.43%
21 นิโคติน	6.60%	6.70%	6.40%	6.57%
22 การตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด	1.50%	3.70%	0.80%	2.00%
23 อื่นๆ	0.50%	1.80%	0.80%	1.03%
รวม	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

จากตารางที่ 4.1 และ 4.2 สามารถสรุปได้ดังนี้ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการหน่วยปฐมภูมิ ทั้ง 3 แห่ง ระหว่างวันที่ 1 – 30 พฤษภาคม 2546 จำแนกตามโรคต่างๆ จำนวน 733 คน พบว่า

- **ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.บางกระทุ่ม อ.บางกระทุ่ม จ.พิษณุโลก**
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาใช้บริการรักษาในกลุ่มของโรคไหลเวียนเลือดมากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 22.30% รองลงมา ได้แก่กลุ่มโรคต่อมไทรอยด์ คิดเป็นร้อยละ 11.20% และกลุ่มโรคระบบหายใจ กลุ่มโรคสาเหตุจากภายนอกที่ทำให้ป่วยหรือตายคิดเป็นร้อยละ ที่เท่ากันคือ 9.10% ตามลำดับ
- **ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลนครพิษณุโลก มหาวิทยาลัยนเรศวร (สนามบิน)**
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาใช้บริการรักษาในกลุ่มของโรคไหลเวียนเลือดมากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 28.20% รองลงมา ได้แก่กลุ่มโรคระบบหายใจคิดเป็นร้อยละ 21.50% และกลุ่มโรคระบบประสาทคิดเป็นร้อยละ 8.60% ตามลำดับ
- **ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.วังน้อ อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก**
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาใช้บริการรักษาในกลุ่มของโรคสาเหตุจากภายนอกที่ทำให้ป่วยหรือตาย โรคมากเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 22.80% รองลงมา ได้แก่ กลุ่มโรคต่อมไทรอยด์และโรคไหลเวียนเลือดคิดเป็นร้อยละที่เท่ากันคือ 11.50%